



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“COMPARACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE BEBÉS DE 0 a 6
MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LACTANCIA NO
MATERNA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017”.**

MODALIDAD PARA OPTAR EL GRADO:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

AUTORA:

DIANA SUSY TELLO NUÑEZ

ASESORA:

DRA. ALICIA AGROMELIS ALIAGA PACORA

JURADO:

DR. ELIAS MELITON ARCE RODRIGUEZ

DR. LUIS A. ALZAMORA DE LOS GODOS URCIA

MG. ADOLFO G. PINEDO REATEGUI

LIMA – PERÚ

2018



DEDICATORIA:

A mi familia, mi madre, esposo y hermanos, por su apoyo incondicional y por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante, para ser cada día mejor persona y mejor profesional.



AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios y a todos los profesores, que nos brindaron el conocimiento, pero sobre todo el apoyo, para alcanzar con éxito nuestras metas.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es muy importante, tanto alimenticiamente como para generar el binomio psicológico óptimo madre- niño (a). En el presente estudio el objetivo fundamental fue comparar el Estado Nutricional en los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva LME y Lactancia No Materna en el Hospital San Juan de Lurigancho HSJL en el año 2017. Para tal efecto se realizó un estudio Comparativo Retrospectivo, con un censo a 131 lactantes que acudieron al “Programa Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano”

Métodos: Es un estudio cuantitativo, de tipo básica, descriptiva- explicativa con diseño descriptivo correlacional, se trabajó con estadísticos descriptivos, como también se aplicó χ^2 , y otros estadísticos necesarios para demostrar las hipótesis de investigación.

Resultados: Se trabajó con 131 lactantes de 0 a 6 meses, de los cuales 56 (42,7 %), eran del sexo femenino y 75 (57,3 %), del sexo masculino, se demostró la hipótesis general de investigación; Existe relación entre el Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

Conclusiones / Interpretación: La lactancia materna es muy importante para el desarrollo y crecimiento de los niños y niñas, por contener una serie de nutrientes para los bebés a diferencia de la lactancia no materna.

Palabras Clave: Lactancia materna, lactancia no materna, lactancia artificial.

ABSTRACT

Breastfeeding is very important, both nutritionally and to generate the optimal psychological mother-child binomial. In the present study, the main objective was to compare the Nutritional Status in babies from zero to six months with Exclusive LME Breastfeeding and Non-Maternal Breastfeeding in the Hospital San Juan de Lurigancho HSJL in the year 2017. For this purpose, a comparative retrospective study was conducted, with a census of 131 infants who attended the "Healthy Child Growth and Development Program".

Methods: It is a quantitative study, of a basic, descriptive-explanatory type with descriptive correlational design, work, with descriptive statistics, as well as Chi², and other statistics needed to demonstrate the research hypotheses.

Results: We worked with 131 infants from 0 to 6 months, of which 56 (42.7%), were female and 75 (57.3%), male, the general research hypothesis was demonstrated; There is a relationship between the Nutritional State of babies from zero to six months with Exclusive Maternal Breastfeeding (LME) and Non-maternal Breastfeeding (LNM) attended at the San Juan de Lurigancho Hospital in 2017.

Conclusions / Interpretation: Breastfeeding is very important for the development and growth of children, because it contains a series of healthy and immunological vitamins for babies unlike non-breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, non-maternal lactation, artificial lactation.

ÍNDICE

DEDICATORIA:	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:.....	1
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	5
1.2.1 Problema General:.....	5
1.2.2. Problemas específicos:	6
1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos específicos:.....	7
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. DEFINICION DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LACTANCIA NO MATERNA.....	10
2.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA:.....	11
2.3 MEDICIONES:.....	17
2.4 INDICES:.....	17

2.5.1	Detección de malnutrición mediante antropometría.....	18
2.5.2	Uso apropiado de los indicadores.....	19
2.6	ESTADO NUTRICIONAL:	22
2.6.1	En el Recién Nacido de 01 día a 28 días.....	22
2.6.2	En los niños y niñas de 29 días a < 5 años.	23
2.6.3	Desnutricion:	27
2.2	MARCO CONCEPTUAL:	31
2.3.	HIPÓTESIS:	32
2.3.1	Hipótesis General:	32
2.3.2	Hipótesis Específicas:.....	33
2.4	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:	33
2.5	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	34
CAPÍTULO III.....		41
METODOLOGÍA.....		41
3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN:	41
3.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	42
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	42
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.4.1	Los instrumentos de recolección de datos: Se aplicaron los siguientes instrumentos para la investigación.....	45
3.4.2	Pruebas de análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos.....	46
3.5	TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	46
CAPÍTULO IV.....		47
RESULTADOS.....		47
4.1	RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA:	47
4.1.1	Sexo del lactante.....	47
4.1.2	Tipo de lactancia.....	48

4.1.3 Tipo de lactancia según sexo de los niños de cero a seis meses	49
4.1.4 Peso para la edad (P/E) según sexo de los niños de cero a seis meses.....	51
4.1.5 Talla para la edad (T/E) según sexo de los niños de cero a seis meses.....	52
4.1.6 Peso para la talla (P/T) según sexo de los niños de cero a seis meses	54
4.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS	55
4.2.1 Hipótesis General	55
4.2.1 Hipótesis Específicas.....	61
CAPÍTULO V	73
DISCUSIÓN	73
5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:.....	73
5.2 CONCLUSIONES	78
5.3 RECOMENDACIONES.....	80
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	81
ANEXO 1 :MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	83



INTRODUCCIÓN

La desnutrición es una condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial a lactantes y niños.

La producción de leche resulta de la interrelación de varios factores maternos, especialmente de la capacidad sintetizadora de las glándulas mamarias, del nivel metabólico – hormonal, de la dieta materna y de la cantidad de reservas movilizadas y que fueron en su mayor parte, ganadas durante el embarazo.

Muchas veces hemos escuchado las campañas que hace el Ministerio de Salud, para que las madres den de lactar a su hijo porque con ello, ellas podrían prevenir muchas enfermedades y males que puedan aquejar sus menores hijos. Pero muchas madres ponen muchos pretextos para no dar dicha lactancia, como que van a dañar su cuerpo, o que no tienen leche para dar, y eso es falso, porque no sucede ni lo uno ni lo otro.

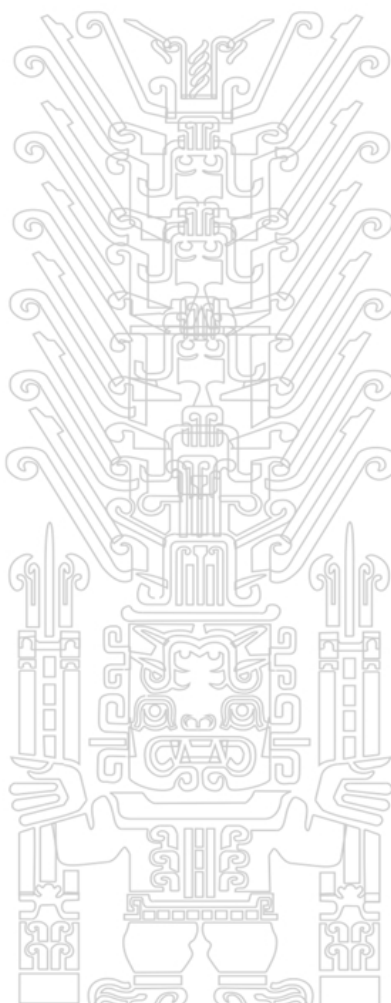
Este estudio permitirá conocer el estado nutricional de los niños con leche materna exclusiva LME y leche no materna LNM (cuando se suministra otro tipo de leche o suplemento vitamínico). Sabemos de lo importante que es dar de lactar a un recién nacido. En este trabajo veremos los puntos favorables y desfavorables de la lactancia por lo cual las madres tienen que pasar si quieren un niño saludable.

También podemos apreciar campañas para que las madres den de lactar a sus hijos por todo el mundo las cuales están a cargo de la Organización Mundial de la Salud

(OMS), la que nos indica que dar de lactar es un hecho natural como los tres o cuatro

meses y no lo suficiente, por lo cual fallecen millones de niños y la misma cantidad se desnutren y no se desarrollan normalmente.

La autora.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

En la investigación de **Aguayo, (2005)** señala que la lactancia materna en Andalucía. Sevilla – España, los resultados obtenidos son similares a los encontrados en otros lugares de España, caracterizados por una tasa relativamente elevada de lactancia materna al nacer y que se reduce drásticamente en los primeros meses de vida. El tipo de estudio planteado -en el que se incluye una parte cuantitativa y otra cualitativa-, ha permitido investigar los factores que inciden en el mantenimiento o abandono de la lactancia materna, y que resultan claves para orientar las actuaciones y estrategias diseñadas desde la Administración Pública para la protección, promoción y apoyo de la misma. Entre las conclusiones de esta investigación se encuentran:

1. En la actualidad no existe en España un sistema oficial adecuado de seguimiento y monitorización de la lactancia materna que permita valorar la situación de la misma y su evolución en los últimos años.
2. Aunque mejorando, las cifras de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía están aún muy por debajo de lo recomendado por la OMS.
3. Las madres andaluzas son plenamente conscientes de que la lactancia materna es la manera óptima de alimentar a sus bebés y conocen las ventajas que tiene este tipo de alimentación desde el punto de vista de la salud y el

que el contexto actual se presenta como un entorno lleno de obstáculos para llevar a cabo una lactancia materna prolongada.

4. La falta de una información y apoyo adecuados acerca del proceso de la lactancia natural y de las crisis que pueden surgir a lo largo de éste se alla en la base de muchos de los casos de abandono temprano de la lactancia materna.
5. Las madres encuentran escaso apoyo en el entorno social, familiar y laboral; para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

En la Tesis de **Álvarez (2013)** “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco” Para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. La investigadora llega a las siguientes conclusiones:

El apoyo, protección y promoción de la LM en México es una de las acciones más costo-efectivas para mejorar la salud y supervivencia del niño menor de 2 años de edad. Su inclusión y mantenimiento en la agenda pública de salud será uno de los aciertos más eficaces en términos de salud pública.

Sin duda, la LM es un elemento clave para asegurar una buena salud en los años posteriores al nacimiento, y los adultos somos los responsables de apoyar en la adquisición de competencias necesarias para adaptarse a la maternidad y enfrentar los nuevos retos y responsabilidades.

Especialmente al hablar de adolescentes embarazadas, que pasan por una nueva etapa de vida, en la cual ya no sólo ven por su salud sino también por la de su hijo.

Este proyecto se desarrolló con la intención de diseñar una campaña de mercadotecnia social que incidiera en una mejor y mayor práctica de LME, identificando factores clave como son las barreras, emociones ,conocimientos y destacando las oportunidades que se tienen en el área de salud para dialogar con adolescentes embarazadas en temas de salud, como la práctica de la lactancia. Resalto como elemento clave de este proyecto dos aspectos:

- 1) La identificación de los motivos por los cuales se deja de practicar la LME;
- 2) Identificación de las prácticas que compiten con ésta, como el uso de fórmulas lácteas infantiles y su intensa comercialización, que las posicionan en la mente de las madres, influyendo en la toma de decisiones, y la calidad de la orientación otorgada por el personal de salud.

Construyendo sobre este punto, la perspectiva del actor parte de esa necesidad de saber cómo la persona piensa, percibe y construye simbólicamente el mundo. Esto da las pautas para comprender también por qué actúa de la manera en que lo hace y por qué toma ciertas decisiones. En este contexto, las campañas de mercadotecnia social identifican las necesidades de la población, sus barreras, los beneficios percibidos y el costo que están dispuestos a cubrir por esos beneficios.

Estas intervenciones deben estar apoyadas por un elemento educativo, que transforme el pensamiento, no sólo de las adolescentes, sino también de los profesionales de la salud, repercutiendo en gestiones que partan de políticas públicas saludables y den como resultado la creación de los servicios de salud amigables para las adolescentes embarazadas. Toda esta combinación da como resultado una estrategia totalmente enfocada y bien aceptada por el público, favoreciendo la adopción de la práctica de la LME.

En la Tesis Doctoral de **Gómez (2002)** “Influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño” sustentada en la Universidad de Córdoba – Argentina, se muestran las siguientes conclusiones:

1. La lactancia materna tiene una influencia positiva sobre el desarrollo mental del niño a los 18 y 24 meses de edad, cuando su duración es igual o superior a cuatro meses, independientemente del efecto de otros factores medio ambientales o genéticos.
2. El desarrollo psicomotor del niño no está influido significativamente por el tipo de lactancia recibida en ninguna de las edades estudiadas, ni entre los grupos de lactancia natural comparados.
3. La inteligencia del padre y de la madre han influido favorablemente en el desarrollo mental del niño tanto a los 18 como a los 24 meses de edad.
4. La edad más joven de la madre determina un desarrollo psicomotor mayor del niño a la edad de 18 y 24 meses.
5. Las madres que amamantan a sus hijos tienen características distintas respecto a las que no lo hacen, en cuanto a mayor nivel educativo y superior

coeficiente intelectual.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

La lactancia materna (LM) es un acto fisiológico, intuitivo, herencia biológica natural de los mamíferos y sin embargo encontramos un hecho paradójico que nos llama mucho la atención: el poco tiempo y/o abandono de esta práctica en muchas madres.

La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido. En la mayoría de los casos, el aporte de la leche llega a ser suficiente si la succión es continuada, incluso en los casos donde al principio aparece insuficiente. La mayoría de los medicamentos administrados a la madre son segregados en la leche. Entre estos medicamentos figuran los antibióticos, sulfamidas, la mayoría de los alcaloides, salicilatos, bromuros quinina, alcohol y varias catárticos, absorbidos por el tracto intestinal de la madre.

Muchas investigaciones ya han comprobado la incidencia de la leche materna en el desarrollo de los recién nacidos y por ello, en el presente Tesis nos abocaremos al estudio comparativo del estado nutricional de bebés de 0 a 6 meses, que han tenido lactancia materna exclusiva (LME) versus los bebés que han tenido lactancia no materna (LNM).

1.2.1 Problema General:

¿Existen diferencias significativas en el estado nutricional de bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

1. ¿Existen diferencias significativas en el peso para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017?.
2. ¿Existen diferencias significativas en la talla para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017?.
3. ¿Existen diferencias significativas en el peso para la talla de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017 ?.

1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Comparar el estado nutricional de bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

1.3.2. Objetivos específicos:

1. Comparar el peso para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.
2. Comparar la talla para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.
3. Comparar el peso para la talla de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Justificación: Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2015),

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

En nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSA), en concordancia con la OMS, considera la lactancia materna como una práctica fundamental

integral de los niños y niñas, el Comité Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, destaca la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses. Asimismo, para favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, es imprescindible que, en adelante, a la leche materna acompañe la alimentación complementaria hasta los 24 meses de edad.

Sin embargo, los condicionamientos sociales influyen de forma significativa en el tipo y la duración de la lactancia, vivimos en una sociedad cambiante en el tiempo, y con ella cambian las costumbres y los modos de vida. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada. Tradicionalmente, la evaluación nutricional en pediatría, se ha orientado al diagnóstico y clasificación de estados de deficiencia, lo que es explicable dado el impacto que tienen en la morbilidad y mortalidad infantil. En el Hospital San Juan de Lurigancho, el Distrito más grande y poblado de nuestra ciudad capital Lima, se vienen atendiendo una gran cantidad de casos de desnutrición infantil, por ello la presente tesis, investigará los casos presentados en el año 2017 y responderá a la pregunta ¿Existen diferencias significativas en el estado nutricional en bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2017?

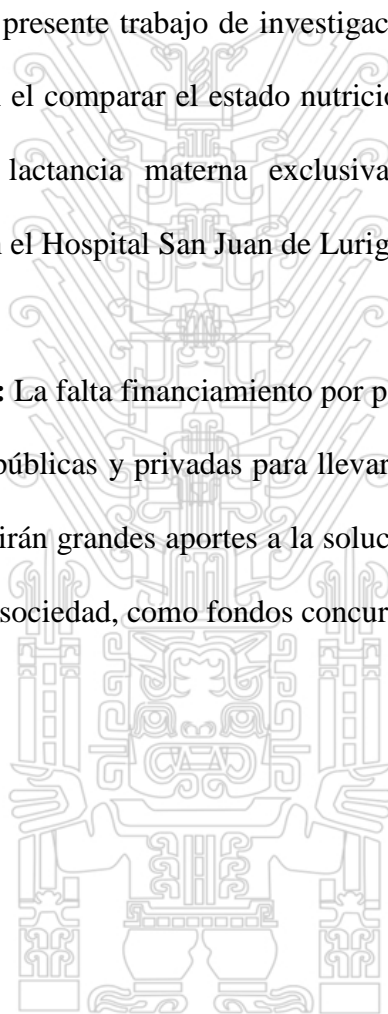
1.4.2 Importancia: La importancia de la presente investigación radica en Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis conocer los resultados, luego de la comparación el estado nutricional de

bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.5.1 Alcances: El presente trabajo de investigación ha tenido como alcance fundamental el comparar el estado nutricional de bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

1.5.2 Limitaciones: La falta de financiamiento por parte de la Universidad como entidades públicas y privadas para llevar a cabo investigaciones que nos permitirán grandes aportes a la solución de problemas existentes en nuestra sociedad, como fondos concursables u otros similares.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICION DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LACTANCIA NO MATERNA

2.1.1 Lactancia materna exclusiva: «La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.» El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

(http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)

2.1.2 Lactancia no materna: Es una leche que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna. Es decir, se intentan añadir todos los nutrientes presentes en la leche materna, que no están en la leche de vaca, para que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado.

(<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/nutricion-bebe/lactancia-artificial/>).

2.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA:

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES (2010), aunque todavía no se cuenta con información del nivel de retraso en el desarrollo en los niños y las niñas en el Perú, se sabe que el 23% de los niños y las niñas menores de 2 años sufren de desnutrición crónica y el 62% de los niños y niñas de 6 a 23 meses sufren de anemia, valores que se incrementan significativamente en las áreas rurales y urbano marginales. La desnutrición es un marcador importante de ambientes inadecuados y de riesgos para el desarrollo; por lo tanto, es muy probable que al menos esta proporción de niños y niñas tengan retrasos en su desarrollo (CENAN Centro Nacional de Alimentación y Nutrición 2004). El desgaste nutricional durante la gestación y la lactancia tiene también consecuencias en la salud y el bienestar de la madre e incrementan el riesgo de muerte durante el parto y el postparto inmediato. En países en desarrollo, por cada madre que muere quedan 30 madres con problemas de salud permanentes que las incapacita para cuidar de ellas mismas y de sus niños (CENAN Centro Nacional de Alimentación y Nutrición 2004).

Los riesgos y los factores protectores del crecimiento y desarrollo operan a través del tiempo y de manera sinérgica. De aquí la importancia de

necesidades de nutrición, salud, higiene, estimulación, protección y afecto en forma integrada, oportuna y adecuada para su edad. Mientras más temprano se detecten los riesgos y se provean los cuidados, mayores serán las posibilidades de que el niño pueda desarrollar su máximo potencial.

Jiménez R. (2004), realizó un estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y los aspectos relacionados, con el propósito de determinar cuántas madres cumplen con la lactancia materna exclusiva (LME) como única forma de alimentación para sus hijos lactantes durante los primeros meses de vida; cuales son las causas por las cuales abandonan la LME sustituyéndole por otro tipo de alimento. De un estudio transversal, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento de formato la entrevista a 200 madres que asistieron con sus niños menores de un año. Los resultados señalaron que 152 madres (76%) no daban LME y solo 48 (24%) la proporcionaban. Las respuestas que las madres dieron para justificar el abandono de la LME fueron en orden de frecuencia: 1) el niño no se llena 2) no tengo suficiente leche; 3) tengo que trabajar. La alimentación utilizada para sustituir la leche materna fue en orden de frecuencia: Leche NAN, Leche GLORIA, Leche fresca entre otras.

Larry, G. (2004), realizó un estudio de investigación y plantea que la lactancia materna (LM), alivia las molestias de un bebe ante determinados sufrimientos, como una inyección, y podría servir de

analgésico para determinadas operaciones; como la circuncisión. Se

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis como una muestra de sangre estándar a 250 bebes, los resultados

UNFV

señalaron que los recién nacidos amamantados lloraron menos y su latido cardíaco permaneció más estable que aquellos que no tomaban leche materna, cuando se les practicó un procedimiento de rutina, que consistió en hincarle el talón con una lanceta se concluyó que “La alimentación con leche materna es una intervención analgésica potente en los recién nacidos”.

Para la Organización Panamericana de la Salud OPS (2004), La lactancia materna sigue siendo la forma preferida (97.9%) de alimentar a los recién nacidos en el Perú. En la actualidad, aproximadamente uno de cada dos niños vs. uno de cada cinco en 1998, inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida. La prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 4 meses se ha incrementado de 40.3% en 1992 a 72.5% en el 2004.

ILABACA M. & ATALAH S. (2002), realizaron una investigación con el objetivo de Comparar la prevalencia de lactancia materna y la concordancia diagnóstica entre una encuesta de recordatorio y el registro en la ficha clínica. Por medio de una encuesta de prevalencia en 519 menores de 12 meses y análisis de las fichas clínicas de los mismos niños; clasificación y comparación del tipo de alimentación: lactancia materna exclusiva (LME), predominante (LMP), complementada (LMC), fórmula, etc. Resultados: Se obtuvo 73,4% de concordancia entre ambos registros con un valor Kappa de 0,62 (95% IC 0,57-0,67, $p < 0,001$). El

LMP (20,4%). La prevalencia de LME según RMC fue 8,5 y 10 puntos mayor que la obtenida a través de encuestas los años 1996 y 1999 respectivamente ($p < 0,02$). Conclusiones: La prevalencia de LME fue significativamente mayor según las fichas o los RMC ($p < 0,01$). Aunque existe un adecuado porcentaje de acuerdo entre los métodos, la metodología utilizada no permite determinar cuál de ellos es más preciso. No obstante las encuestas estandarizadas son una herramienta útil, de bajo costo, fáciles de aplicar y procesar que entregan resultados oportunos para la toma de decisiones programáticas.

Galgani F. (2004), en la evaluación de la situación de ácidos grasos esenciales y derivados de cadena larga en la de lactantes menores de un año en Chile, donde los ácidos grasos esenciales (AGE) son precursores de ácidos grasos de muy larga cadena. Se concentran en el tejido nervioso, habiéndose sugerido que tienen un rol crítico en el desarrollo cerebral y visual. Se desconoce si la conversión de AGE a estos ácidos grasos es suficiente para sustentar una función óptima, por lo tanto es prioritario definir los requerimientos de AGE y sus derivados. Algunos autores sugieren incorporar estos ácidos grasos derivados en las fórmulas lácteas. Este artículo revisa y evalúa la ingesta aparente de ácidos grasos esenciales y derivados a partir de la fórmula láctea consumida por los lactantes beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación Complementaria durante el primer año de vida, comparándola con las

recomendaciones de lípidos recientemente propuestas. Se observó una ingesta deficitaria de ácido docosahexaenoico en lactantes alimentados

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

UNFV

con fórmulas lácteas no modificadas o sin adición de derivados de cadena larga. En la última década diversos programas han promovido la lactancia materna y se han propuesto distintas modalidades para evaluar los resultados.

Según GIGENA (2002) la Lactancia Materna (LM) es el método ideal de alimentación y nutrición de los niños menores de un año. La Sociedad Argentina de Pediatría viene trabajando desde su creación en la promoción de la LM. Organismos de salud internacionales han puesto énfasis en la importancia de las prácticas de amamantamiento temprano y su continuación durante los primeros seis meses de vida. Por ello, es que se formó en el CeSAC N°15 un Equipo de Lactancia que tiene como propósito fortalecer y promover la LM en la población de niños menores de un año, poniéndose especial énfasis en la Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de vida. Pero existen numerosos obstáculos que influyen en el inicio y la duración de la LM, entre ellos las actitudes y prácticas de los profesionales de la salud, quienes a pesar de conocer los innumerables beneficios de la leche materna, no la promueven adecuadamente. Al sugerirse la idea de ser Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, surgió la necesidad de capacitar al personal del lugar, para lo cual se llevó a cabo este trabajo. El objetivo principal fue relevar los conocimientos previos sobre LM del personal del CeSAC N°15, a través del Pre-Test de Lactancia para evaluación de actividades de capacitación del programa LACMAT 3.2. La muestra estuvo constituida por 63 participantes. A cada uno se le entregó una hoja con el Pre-Test

programa LACMAT 3.2. Luego los datos se analizaron con el mismo programa. El porcentaje total de respuestas correctas para todo el CeSAC N°15 fue de 71.97%. Al evaluar los datos por pregunta y/o profesión, hubo diferencias, surgiendo temas a tener en cuenta en la futura capacitación del personal. Si bien el nivel de conocimientos sobre LM que tiene todo el personal del CeSAC N°15 es elevado, aún es necesario hacer una capacitación sobre el tema, ya que hay grandes diferencias según la especialidad profesional. Dicha capacitación debería durar en total 18 horas. Es responsabilidad indelegable de los trabajadores de salud, cualquiera sea su ámbito de trabajo, especialidad, nivel de decisión y jerarquía, asegurar un estado de salud óptimo para el niño y para su madre, evitando la pérdida de las potencialidades con las que todo ser humano nace. La mejor manera de ayudar al crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros seis meses de vida, es incentivando el amamantamiento por parte de sus madres. Todos los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de hacerlo.

Para Calvo, et. al. (2009), la malnutrición incluye no sólo las **formas clínicas** severas de desnutrición (marasmo y kwashiorkor), sino también formas leves, caracterizadas entre otros indicadores por déficits en uno o más de los índices antropométricos, y los excesos, es decir, el sobrepeso. La forma más frecuente de malnutrición en nuestra población infantil son las carencias específicas de micronutrientes (por ej.: las anemias), que no pueden diagnosticarse a partir de la antropometría.

El sobrepeso constituye un hallazgo cada vez más frecuente en nuestros niños y no suele ser activamente buscado por la mayoría de los Equipos de Salud, que están conceptualmente focalizados hacia la detección de la desnutrición. El alto peso para la talla o el alto índice de masa corporal para la edad constituyen indicadores apropiados para el tamizaje.

Los déficits en uno o más de los índices antropométricos son considerados a menudo como evidencia de “desnutrición”. Sin embargo, no debe interpretarse que tales déficits son únicamente el resultado de deficiencias de energía y nutrientes.

2.3 MEDICIONES:

Las mediciones básicas que consideraremos son el peso y la talla, según el sexo y la edad correspondiente.

2.4 INDICES:

Los índices antropométricos son combinaciones de medidas. También pueden relacionarse con estándares de normalidad según edad y sexo. Así, a partir del uso de Gráficos o Tablas de referencia, se obtienen los índices básicos en niños que son: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico para la edad.

2.4.1 Peso/edad: refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la

estatura y por el peso relativo.

2.4.2 Talla/edad: refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.

2.4.3 Peso/talla: refleja el peso relativo para una talla dada y define la proporcionalidad de la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. Un alto peso/talla es indicador de sobrepeso.

2.4.4 Tablas/curvas de Referencia: El diagnóstico antropométrico se realiza por comparación de las mediciones de los sujetos con una población normal de referencia. Estas referencias se construyen a partir de la medición de un número representativo de sujetos pertenecientes a cada grupo de edad y sexo, seleccionados entre la población que vive en un ambiente saludable y contiene individuos que viven saludablemente de acuerdo a las prescripciones actuales. Existen criterios metodológicos definidos para su construcción.

2.5 ANTROPOMETRIA:

2.5.1 Detección de malnutrición mediante antropometría.

Teniendo en cuenta la necesidad de dimensionar el problema de la malnutrición –particularmente en los niños– para la

algunas consideraciones conceptuales y metodológicas sobre los alcances y limitaciones de los indicadores antropométricos.

Si bien los métodos antropométricos son válidos, confiables, simples y de bajo costo, y por eso constituyen la mejor herramienta de tamizaje, el diagnóstico de un caso de desnutrición requiere la confirmación clínica. La misma observación resulta válida para diagnosticar obesidad (hay que recordar que tanto el peso/talla como el IMC no miden directamente la masa de grasa corporal). No obstante, cuando se evalúa una población en lugar de un individuo, los métodos antropométricos constituyen la herramienta utilizada universalmente para ese fin.

En todos los casos anteriores se utilizarán las mismas medidas – peso y talla– que, combinadas con la edad y el sexo y comparadas con las Curvas de Referencia, permiten el cálculo de los índices básicos en niños: peso/edad, talla/edad y peso/talla o IMC/edad.

2.5.2 Uso apropiado de los indicadores

El propósito de la evaluación determinará las unidades de medida, los límites, los indicadores apropiados, el análisis y las conclusiones.

Como ya se mencionó, cada índice da cuenta de una dimensión corporal distinta y permite caracterizar un tipo de déficit o de

exceso. Desde el punto de vista estrictamente nutricional, en la práctica se podría sintetizar:

- La talla/edad baja se asocia con desnutrición crónica o secuelas.
- El peso/talla bajo (o el IMC/edad bajo) es indicador de emaciación o desnutrición aguda.
- El peso/talla alto (o el IMC/edad alto) es indicador de sobrepeso.
- El peso/edad aislado no permite distinguir tipos de malnutrición. El peso/edad bajo en los menores de 1 año puede detectar desnutrición global que, por el tiempo de desarrollo, es generalmente aguda.

Según la OPS Organización Panamericana de la Salud(2013), a partir de la referencia de crecimiento OMS 2006 el Ministerio de Salud ha diseñado siete gráficos para cada sexo, los que se acompañan de las tablas respectivas. El propósito de este material es facilitar el monitoreo del crecimiento infantil y la evaluación del estado nutricional con los indicadores habitualmente utilizados en atención primaria. Para su aplicación se requiere conocer la edad, peso y longitud (talla en posición horizontal) o estatura (talla en posición vertical) según corresponda.

a. Canales de crecimiento: Las gráficas permiten definir canales

colores. La mediana (percentil 50) de cada indicador de acuerdo a la referencia OMS 2006 aparece representada por una línea más gruesa.

b. Uso de los gráficos: En primer lugar debe establecerse la edad, peso y estatura (o longitud) al momento del control. Para las variables relacionadas con la edad (Peso/ Edad, Longitud/Edad o Talla/Edad) la clasificación nutricional se obtiene con la intersección de la vertical correspondiente a la edad con la línea horizontal correspondiente al peso, talla o longitud según corresponda.

La clasificación con respecto a Peso/Longitud o Peso/Talla está dada por el punto que se ubica en la intersección de la línea vertical (longitud o talla), con la horizontal (peso determinado en el control). Estos gráficos permiten evaluar la armonía entre ambos parámetros.

Graficar esta relación en controles sucesivos es de particular utilidad para el seguimiento de tratamientos dirigidos a corregir desnutrición, sobrepeso u obesidad.

Según Ubillus, et. Al. (2011), en la investigación sobre el estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia, obtuvo estos resultados: el porcentaje de lactantes eutróficos, de acuerdo al tipo de lactancia, fue el siguiente:

Tesis publicada con autorización de sus autores. No olvide citar esta tesis

(34) con lactancia mixta y 34,6% (9) con lactancia artificial.

El porcentaje de lactantes con sobrepeso, de acuerdo al tipo de lactancia, fue: 47,1% (40) en el grupo de lactancia materna mixta, 46,2% (12) con lactancia artificial y 5,8% (8) con lactancia materna exclusiva. Los lactantes con desnutrición aguda, de acuerdo al tipo de lactancia, fue: 19,2% (5) en el grupo de lactancia artificial, 12,9% (11) con lactancia mixta y 1,4% (2) con lactancia materna exclusiva.

En conclusión en el grupo de lactantes con lactancia materna exclusiva se observó mayor porcentaje de niños eutróficos, con adecuados índices de peso y talla para la edad. En lactantes con lactancia mixta y artificial se observó mayor sobrepeso y/o desnutrición aguda. El tipo de lactancia más utilizada fue lactancia materna exclusiva.

2.6 ESTADO NUTRICIONAL:

Según el MINSA Ministerio de salud (2015), la Evaluación del estado nutricional mediante valoración antropométrica, se tiene la clasificación de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

2.6.1 En el Recién Nacido de 01 día a 28 días.

En el primera atención del recién nacido se debe registrar la *clasificación del estado nutricional al nacimiento, además de la condición del crecimiento (ganancia de peso)* en la primera atención, de acuerdo a normatividad vigente.

Peso al Nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

Tabla 1

**REGISTRO DE LA CONDICION DEL CRECIMIENTO,
ESTADO
NUTRICIONAL EN RECIEN NACIDO**

Punto de Corte	Clasificación	CIE10
< 1000 gramos	Extremadamente bajo	P070
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer	P0711
1500 a 2499	Bajo peso al nacer	P0712
de 2500 a 4000 gramos	Normal	Z006
> 4000 gramos	Macrosómico	P080

Fuente: Manual de Registro y Codificación de Atención en la Consulta Externa, Etapa de Vida Niño

2.6.2 En los niños y niñas de 29 días a < 5 años.

Crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento

Condición en la niña o niño que evidencia pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso, longitud o talla, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

Así mismo se considera “riesgo” las siguientes condiciones:

- No hay variación de peso o talla en relación a la última consulta. La curva se mantiene plana.
- Disminución de la velocidad de crecimiento en relación a su carril.
- Cambio de canal de crecimiento en sentido descendente.
- Pronunciado incremento o descenso de ganancia de peso en corto tiempo.
- Disminución de la velocidad de crecimiento en relación a su carril.
- Los códigos a utilizarse son los siguientes:

Tabla 2

GANANCIA INADECUADA DE PESO Y TALLA EN NIÑOS(AS) DE 29 DIAS A < 5 AÑOS

PESO PARA EDAD	CIE 10	PESO PARA TALLA	CIE 10	TALLA PARA EDAD	CIE10
Clasificación		Clasificación		Clasificación	
Inadecuada ganancia de peso	Z724	Inadecuada ganancia de peso	E441	Inadecuada ganancia de talla	Z724

Fuente: Manual de Registro y Codificación de Atención en la Consulta Externa, Etapa de Vida Niño

Según el MINSA Ministerio de salud (2015), la lactancia materna exclusiva LME se registrará solo si el niño recibió Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses.

Evaluación del estado nutricional

Como resultado de la actividad “Control de crecimiento y desarrollo” se debe registrar la condición del crecimiento, el estado nutricional y condición del desarrollo psicomotor, la clasificación que se hace de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

El personal técnico realiza la Evaluación del Crecimiento y Estado Nutricional por Antropometría y la clasificación derivada de esta actividad es:

1. Crecimiento Adecuado: Cuando la tendencia graficada en los gráficos P/E, T/E y P/T es paralela al patrón.
2. Crecimiento Inadecuado: Cuando la tendencia es descendente, plana o se aleja de la curva del patrón.
3. Ganancia Inadecuada: Cuando estando dentro de $+2 -2$ DS la tendencia es descendente, plana o se aleja de la curva del patrón.
4. Desnutrición Aguda: Cuando de acuerdo al indicador P/T el punto se ubica por debajo de -2 DS.
5. Desnutrición Crónica: Cuando de acuerdo al indicador T/E el punto se ubica por debajo de -2 DS. 6.

6. Desnutrición Global: Cuando de acuerdo al indicador P/E el punto se ubica por debajo de -2 DS.
7. Sobrepeso: Cuando de acuerdo al indicador P/E el punto se ubica por debajo de +2 DS.
8. Obesidad: Cuando de acuerdo al indicador T/E el punto se ubica por debajo de +3 DS.
9. Consejería: Cuando se identifique alguna alteración del estado nutricional.

La clasificación en base a la comparación de indicadores: PE, TP y TE es la siguiente:

Tabla 3

CLASIFICACION EN BASE A LA COMPARACION DE LOS INDICADORES: P/E, T/P Y T/E

Punto de Corte	Peso para Edad	CIE 10	Peso para Talla	CIE 10	Talla para Edad	CIE10
Desviación Estándar	Clasificación		Clasificación		Clasificación	
>+3			Obesidad	E669		
+2	Sobrepeso	E660	Sobrepeso	E660	Alto	E344
+2 a -2	Normal	Z006	Normal	Z006	Normal	Z006
<-2 a -3	Desnutrición	E440	Desnutrición Aguda	E440	Talla Baja	E45X
< -3			Desnutrición Severa	E43X		

Fuente: Adaptado de World Health Organización (2006)

Según la ENDES (2014) El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar (En Black, y otros, 2008).

Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado

estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras) y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez. **(Victoria C, y otros, 2008)**

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico. (Luttery Chaparro, 2008). En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición, específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

2.6.3 Desnutricion:

La Encuesta 2014 brinda información sobre el estado nutricional

nutricionales de uso internacional: la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la desnutrición global, calculados a partir de la información del peso, talla, edad y sexo de las niñas y niños menores de cinco años de edad, la cual fue recogida en el módulo de antropometría.

a. Desnutrición crónica: La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física intelectual emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo. (INEI, 2009).

El índice de masa corporal (IMC), se calcula dividiendo el peso, en kilogramos, por talla al cuadrado, en metros. Es un indicador que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

La desnutrición crónica es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia, refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y, de la interacción entre ambas.

b. Desnutrición aguda: La desnutrición aguda es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su talla y sexo con relación a una población de referencia. Esta condición de peso inadecuado para la talla es una condición que pone en riesgo la vida de la niña o niño. La desnutrición aguda refleja una reciente carencia de ingesta de alimentos (que limita el consumo de energía) o la presencia de enfermedades agudas recientes (en especial la diarrea), o la presencia de ambas simultáneamente.

La desnutrición aguda se produce cuando el cuerpo no recibe el aporte alimenticio necesario, este se adapta y empieza a reducir su actividad física, de sus órganos, de los tejidos, de las células. Al mismo tiempo, las reservas energéticas (músculo y grasa) se metabolizan para responder a las necesidades vitales, resultando en una pérdida de peso debido a la desaparición de masa muscular y tejido graso, mientras que los órganos vitales son preservados. A mayor pérdida de masa muscular y de tejido graso, menor es la probabilidad de sobrevivir.

c. Desnutrición global: La desnutrición global es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su edad y sexo con relación a una población de referencia. Es considerado como un indicador general de la desnutrición

puesto que puede reflejar tanto la desnutrición crónica como la aguda o ambas. En este sentido, puede ser un indicador

ambiguo particularmente después del primer año de vida cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la longitud o talla más que con la edad.

Según el INEI (2012) en el Manual de la Antropometrista, refiere que el **crecimiento** se refiere al incremento de la estatura y del tamaño de los órganos del cuerpo producto de un incremento de masa corporal por un aumento del número de células o por el tamaño de las células, y el **desarrollo** se refiere a la mayor capacidad funcional de sus sistemas producto de la maduración, diferenciación e integración de sus funciones en aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales, entre los principales (MINSA 2010). El periodo temprano se refiere a la gestación y los tres primeros años de vida. Aunque el crecimiento y desarrollo termina con la adolescencia, es el periodo temprano el que representa mayor vulnerabilidad por la formación del cerebro y los órganos vitales como el corazón, hígado, páncreas y pulmones, y en el caso de las niñas, los órganos reproductores (**UNICEF 2006**).

Las alteraciones producidas en el período temprano tienen consecuencias en todas las esferas del desarrollo, como en la estatura, en la capacidad física, en la capacidad intelectual, en la salud, en el desarrollo emocional y social. Las consecuencias en los órganos vitales están referidas a la mayor

como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y obesidad, y consecuencias en la capacidad reproductiva en el caso de las mujeres (UNICEF 2006, INS-CENAN 2004).

Contrario al concepto erróneo de que los genes eran los únicos responsables del desarrollo, ahora sabemos que la nutrición, la salud, la higiene, la protección y la estimulación psicoafectiva tienen igual o mayor importancia en el desarrollo temprano del niño. Además de ello también sabemos que los efectos de las alteraciones causadas por los ambientes desfavorables son permanentes y pueden transmitirse de generación en generación por mecanismos que no involucran cambios en los genes (UNICEF 2006, INSCENAN 2004).

2.2 MARCO CONCEPTUAL:

- **Alimentación del lactante y del niño pequeño:** es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. ... La lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre.
- **Lactancia materna:** De acuerdo a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, la lactancia materna es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona al bebé los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado, defensa natural.

(www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/index.asp).

- **Leche materna:** La leche materna humana es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido. Se recomienda como alimento exclusivo para el lactante hasta los 6 meses de edad, y con alimentación complementaria hasta los 2 años de edad, ya que contiene todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento y desarrollo. Además contiene inmunoglobulinas y otras sustancias que protegen al bebé frente a infecciones y contribuye a estrechar el vínculo madre-hijo, favoreciendo un adecuado desarrollo psicomotor.

(https://es.wikipedia.org/wiki/Leche_materna)

- **Leche artificial:** La leche artificial es una leche que se creó para parecerse lo máximo posible a la de la mujer que acaba de parir. Así, la leche de los primeros meses está formada por un 20% de proteínas que provienen de la leche de vaca, de glúcidos, de ácidos grasos esenciales (omega 3 y 6), minerales y vitaminas (C y D sobretodo)

(salud.ccm.net/faq/21383-leche-artificial-definicion)

2.3. HIPÓTESIS:

2.3.1 Hipótesis General:

Existe relación entre el Estado Nutricional de los bebes de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna

(LNM) atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

2.3.2 Hipótesis Específicas:

1. Existe relación entre el Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.
2. Existe relación entre la Talla para la Edad (T/E) de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.
3. Existe relación entre el Peso para la Talla (P/T) de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.
- 4.

2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

- **VARIABLE (X):** Estado Nutricional de los bebes de cero a seis meses.

Peso para la Edad

Talla para la Edad

Peso para la Talla

- **VARIABLE (Y):** Tipo de lactancia de los bebés de cero a seis meses.

✓ **VARIABLE (Y1):**Lactancia Materna Exclusiva (LME)

✓ **VARIABLE (Y2):** Lactancia no materna (LNM)

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A continuación presentamos las tablas referenciales OMS 2006, que comprende la operacionalización de variables.

Tabla 4
Evaluación del estado nutricional

INDICADOR	CLASIFICACION	VALORES	UNIDAD DE MEDIDA
PESO PARA EDAD	Desnutrición	< al peso correspondiente a -2DE	Peso (Kg.)
	Normal	Esta entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	
	Sobrepeso	> al peso correspondiente a 2 DE	
TALLA PARA EDAD	Talla Baja Severa	< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla (cm.)
	Talla Baja Severa	≥ a la talla correspondiente a - 3 DE	
	Normal	Esta entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	
	Talla Alta	> a la talla correspondiente a 2 DE	
PESO PARA TALLA	Desnutrición Severa	< al peso correspondiente a -3 DE	Peso (Kg.)
	Desnutrición	≥ al peso correspondiente a -3 DE	

Normal	Esta entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE
Sobrepeso	≤ al peso correspondiente a 3 DE
Obesidad	> al peso correspondiente a 3 DE

Fuente: OMS 2006

Tabla 5

Tabla de valoración nutricional antropométrica

niñas < 5 años

NIÑAS	PESO PARA EDAD			
	Desnutrición	N O R M A L		Sobrepeso
	<-2DE	≥-2DE	≤2DE	>2DE
EDAD (Meses)				
0		2,4	4,2	
1		3,2	5,5	
2		3,9	6,6	
3		4,5	7,5	
4		5,0	8,2	
5		5,4	8,8	
6		5,7	9,3	

FUENTE: OMS 2006

PESO(Kg)

Tabla 6

Tabla de valoración nutricional antropométrica

niños < 5 años

NIÑOS

EDAD (Meses)	PESO PARA EDAD			
	Desnutrición	N O R M A L		Sobrepeso
	<-2DE	≥-2DE	≤2DE	>2DE
0		2,5	4,4	
1		3,4	5,8	
2		4,3	7,1	
3		5,0	8,0	
4		5,6	8,7	
5		6,0	9,3	
6		6,4	9,8	

FUENTE: OMS 2006

PESO(Kg)

Tabla 7

Según la edad- niñas

NIÑAS

EDAD (Meses)	TALLA PARA EDAD						
	Baja Severa	Baja	N O R M A L			Alta	
	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤2DE	>2DE
0		43,6	45,4	47,3	51,0	52,9	
1		47,8	49,8	51,7	55,6	57,6	
2		51,0	53,0	55,0	59,1	61,1	
3		53,5	55,6	57,7	61,9	64,0	
4		55,6	57,8	59,9	64,3	66,4	
5		57,4	59,6	61,8	66,2	68,5	
6		58,9	61,2	63,5	68,0	70,3	

FUENTE: OMS 2006
TALLA (cm) (longitud/estatura)

Tabla 8

Talla para la edad- niños

NIÑOS

TALLA PARA EDAD							
EDAD	Baja Severa	Baja	N O R M A L				Alta
(Meses)	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤2DE	>2DE
0		44,2	46,1	48,0	51,8	53,7	
1		48,9	50,8	52,8	56,7	58,6	
2		52,4	54,4	56,4	56,4	62,4	
3		55,3	57,3	59,4	63,5	65,5	
4		57,6	59,7	61,8	66,0	68,0	
5		59,6	61,7	63,8	68,0	70,1	
6		61,2	63,3	65,5	69,8	71,9	

FUENTE: OMS 2006
TALLA (cm) (longitud/estatura)

Tabla 9

Peso para talla- niñas

NIÑAS	PESO PARA TALLA							
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L				Sobrepeso	Obesidad
TALLA (cm)	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤2DE	≤3DE	>3DE
45		1,9	2,1	2,3	2,7	3,0	3,3	
46		2,0	2,2	2,4	2,9	3,2	3,5	
47		2,2	2,4	2,6	3,1	3,4	3,7	
48		2,3	2,5	2,7	3,3	3,6	4,0	
49		2,4	2,6	2,9	3,5	3,8	4,2	
50		2,6	2,8	3,1	3,7	4,0	4,5	
51		2,8	3,0	3,3	3,9	4,3	4,8	
52		2,9	3,2	3,5	4,2	4,6	5,1	
53		3,1	3,4	3,7	4,4	4,9	5,4	
54		3,3	3,6	3,9	4,7	5,2	5,7	
55		3,5	3,8	4,2	5,0	5,5	6,1	
56		3,7	4,0	4,4	5,3	5,8	6,4	
57		3,9	4,3	4,6	5,6	6,1	6,8	
58		4,1	4,5	4,9	5,9	6,5	7,1	
59		4,3	4,7	5,1	6,2	6,8	7,5	
60		4,5	4,9	5,4	6,4	7,1	7,8	
61		4,7	5,1	5,6	6,7	7,4	8,2	
62		4,9	5,3	5,8	7,0	7,7	8,5	
63		5,1	5,5	6,0	7,3	8,0	8,8	
64		5,3	5,7	6,3	7,5	8,3	9,1	
65		5,5	5,9	6,6	7,8	8,6	9,5	
66		5,6	6,1	6,7	8,0	8,8	9,8	
67		5,8	6,3	6,9	8,3	9,1	10,0	
68		6,0	6,5	7,1	8,5	9,4	10,3	
69		6,1	6,7	7,3	8,7	9,6	10,6	
70		6,3	6,9	7,5	9,0	9,9	10,9	
71		6,5	7,0	7,7	9,2	10,1	11,1	
72		6,6	7,2	7,8	9,4	10,3	11,4	
73		6,8	7,4	8,0	9,6	10,6	11,7	
74		6,9	7,5	8,2	9,8	10,8	11,9	
75		7,1	7,7	8,4	10,0	11,0	12,2	
76		7,2	7,8	8,5	10,2	11,2	12,4	
77		7,4	8,0	8,7	10,4	11,5	12,6	
78		7,5	8,2	8,9	10,6	11,7	12,9	
79		7,7	8,3	9,1	10,8	11,9	13,1	
80		7,8	8,6	9,2	11,0	12,1	13,4	
	FUENTE: OMS 2006							
	PESO(Kg)							

Tabla 10

Peso para talla- niños

NIÑOS	PESO PARA TALLA							
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L				Sobrepeso	Obesidad
TALLA (cm)	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	1DE	1DE	≤2DE	≤3DE	>3DE
45		1,9	2,0	2,2	2,7	3,0	3,3	
46		2,0	2,2	2,4	2,9	3,1	3,5	
47		2,1	2,3	2,5	3,0	3,3	3,7	
48		2,3	2,5	2,7	3,2	3,6	3,9	
49		2,4	2,6	2,9	3,4	3,8	4,2	
50		2,6	2,8	3,0	3,6	4,0	4,4	
51		2,7	3,0	3,2	3,9	4,2	4,7	
52		2,9	3,2	3,5	4,1	4,5	5,0	
53		3,1	3,4	3,7	4,4	4,8	5,3	
54		3,3	3,6	3,9	4,7	5,1	5,6	
55		3,6	3,8	4,2	5,0	5,4	6,0	
56		3,8	4,1	4,4	5,3	5,8	6,3	
57		4,0	4,3	4,7	5,6	6,1	6,7	
58		4,3	4,6	5,0	5,9	6,4	7,1	
59		4,5	4,8	5,3	6,2	6,8	7,4	
60		4,7	5,1	5,5	6,5	7,1	7,8	
61		4,9	5,3	5,8	6,8	7,4	8,1	
62		5,1	5,6	6,0	7,1	7,7	8,5	
63		5,3	5,8	6,2	7,4	8,0	8,8	
64		5,5	6,0	6,5	7,6	8,3	9,1	
65		5,7	6,2	6,7	7,9	8,6	9,4	
66		5,9	6,4	6,9	8,2	8,9	9,7	
67		6,1	6,6	7,1	8,4	9,2	10,0	
68		6,3	6,8	7,3	8,7	9,4	10,3	
69		6,5	7,0	7,6	8,9	9,7	10,6	
70		6,6	7,2	7,8	9,2	10,0	10,9	
71		6,8	7,4	8,0	9,4	10,2	11,2	
72		7,0	7,6	8,2	9,6	10,5	11,5	
73		7,2	7,7	8,4	9,9	10,8	11,8	
74		7,3	7,9	8,6	10,1	11,0	12,1	
75		7,5	8,1	8,8	10,3	11,3	12,3	
76		7,6	8,3	8,9	10,6	11,5	12,6	
77		7,8	8,4	9,1	10,8	11,7	12,8	
78		7,9	8,6	9,3	11,0	12,0	13,1	
79		8,1	8,7	9,5	11,2	12,2	13,3	
80		8,2	8,9	9,6	11,4	12,4	13,6	
	FUENTE: OMS 2006							
	PESO(Kg)							

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

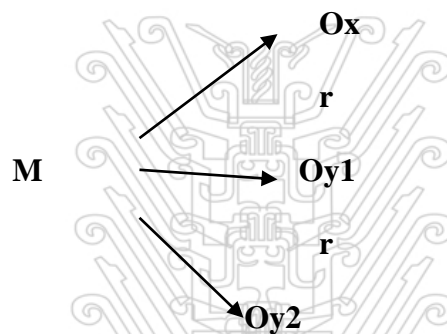
La presente es una investigación que utiliza el método científico, se trata de una investigación de campo, propia de las ciencias sociales y psicológicas, el diseño es no experimental, el enfoque es cuantitativo y el tipo de investigación es:

- **De acuerdo a la orientación:** Es básica, porque está orientada a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática y metódica.
- **De acuerdo a la técnica de contrastación:** Es descriptiva - explicativa, porque permite el análisis de la relación entre dos o más variables, en esta investigación será de correlación.
- **De acuerdo a la direccionalidad:** Es retrospectiva, porque se refiere a eventos que ocurrieron en el pasado y son motivo de estudio.
- **De acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos:** Es retrolectiva, porque se recurre a fuentes de información existentes, en la presente investigación se recurrirá a datos registrados en el Hospital San Juan de Lurigancho.
- **De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado:** Es longitudinal, porque se analizará la comparación de los valores de las variables en más de dos ocasiones.

- **De acuerdo con la comparación de las poblaciones:** Es comparativa, porque se refiere a dos poblaciones específicas, en las cuales se compararán los indicadores para contrastar las hipótesis.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Se aplicó el diseño, descriptivo correlacional.



Dónde:

M..... Es la muestra

Ox..... La variable (X): Estado nutricional

Oy1La variable (Y1): Lactancia Materna Exclusiva (LME)

Oy2La variable (Y2): Lactancia no materna (LNM)

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Tabla 11

ATENDIDOS - HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2014 - 2017

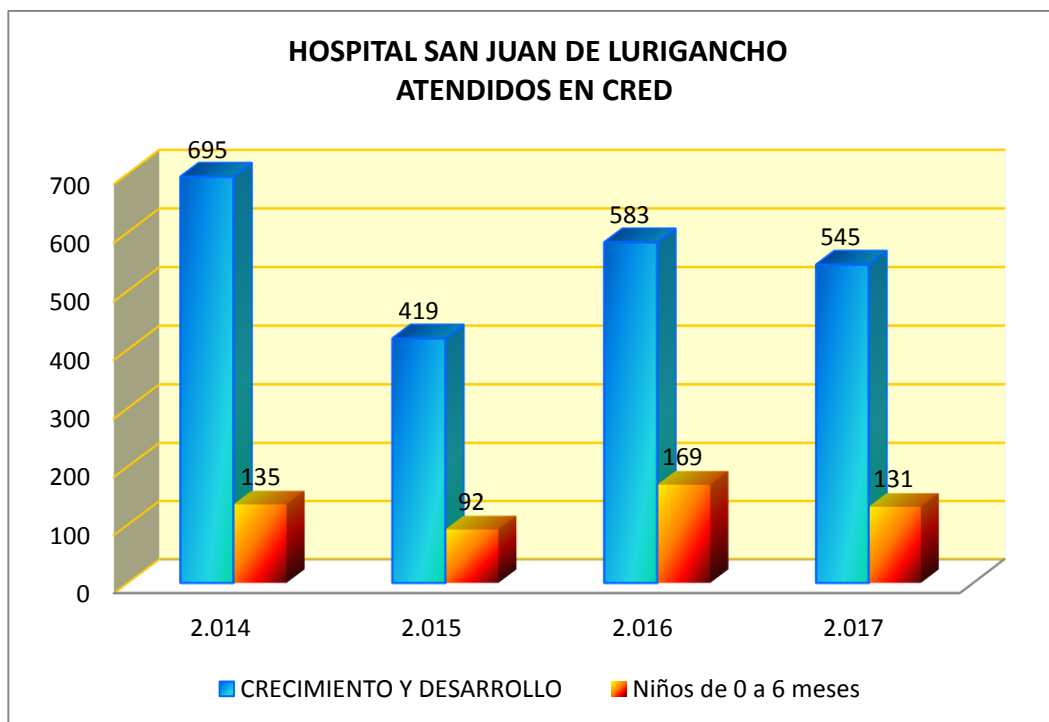
SERVICIO	2014	2015	2016	2017
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	695	419	583	545
Niños de 0 a 6 meses	135	92	169	131

FUENTE: HIS MINSA - UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
HSJL

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Gráfico 1



Se trabajará con un muestreo Censal: Se denomina censo, en estadística descriptiva, al recuento de individuos que conforman una población estadística, definida como un conjunto de elementos de referencia sobre el que se realizan las observaciones. El censo de una población estadística consiste básicamente en obtener mediciones del número total de individuos mediante diversas técnicas de recuento; además este se realiza cada determinado período.

Tabla 12

**NUMERO DE ATENDIDOS AL ESTABLECIMIENTO
POR SEXO
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
AÑO: 2017**

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS		
	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
TOTAL GENERAL...	131	75	56
1 MES	33	16	17
2 MESES	39	23	16
3 MESES	19	10	9
4 MESES	11	9	2
5 MESES	12	6	6
6 MESES	17	11	6

Observamos que se realizó un muestreo censal a 131 lactantes de cero a seis meses, atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo CRED, del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017; de los cuales 75 lactantes son de sexo masculino y 56 de sexo femenino.

Tabla 13

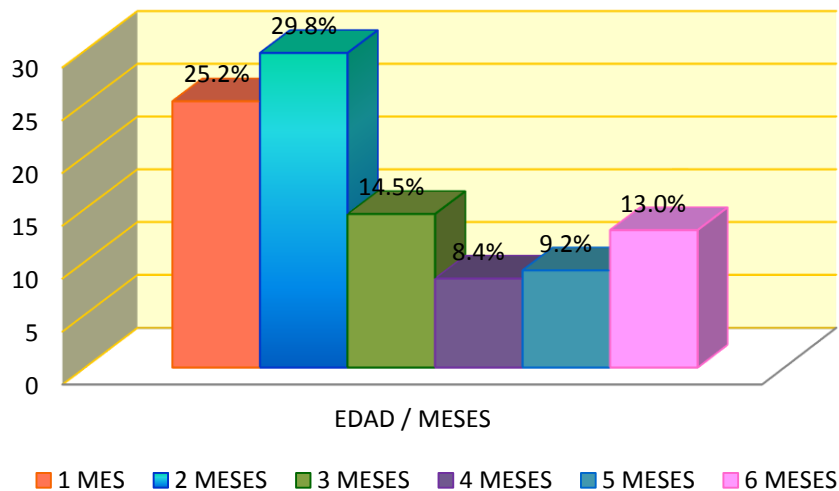
**NIÑOS ATENDIDOS EN CRED
SEGÚN EDAD**

EDAD / MESES	Nº	%
1 MES	33	25.2
2 MESES	39	29.8
3 MESES	19	14.5
4 MESES	11	8.4
5 MESES	12	9.2
6 MESES	17	13.0
TOTAL	131	100.0

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Gráfico 2

NIÑOS ATENDIDOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO SEGUN EDAD



Observamos que el 30% de los lactantes atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017; tiene 2 meses, el 25% tiene 1 mes, el 15% tiene 3 meses, el 13% tiene 6 meses, el 9% tiene 5 meses y finalmente el 8% tiene 4 meses de edad.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Los instrumentos de recolección de datos: Se aplicaron los siguientes instrumentos para la investigación

Carné de atención. Criterios de inclusión

Pacientes atendidos diariamente por el “Programa Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano” – CRED

Sexo: Ambos sexos (Masculino y Femenino)

Tipo de lactancia: LME y LNM

Recién nacido Sano

3.4.2 Pruebas de análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos

En la presente investigación se utilizaron tablas validadas por la Organización Mundial de Salud OMS (2006), tal como se presentan en la operacionalización de variables, razón por la cual no se ha tenido que validar ningún instrumento.

3.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se aplicó el paquete estadístico SPSS, y los siguientes estadísticos:

- Media
- Mediana
- Moda
- Promedio
- Desviación Estándar
- Chi Cuadrado
- Estimación de riesgo

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA:

En el presente estudio se tiene interés en comparar el Estado Nutricional en los niños de seis meses con Lactancia Materna Exclusiva LME y Lactancia no Materna LNM en el Hospital San Juan de Lurigancho HSJL en el año 2017. Para tal efecto se realizó un estudio Descriptivo Correlacional, con muestra censal de 131 lactantes que acudieron al “Programa Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano” CRED y se obtienen los siguientes resultados:

4.1.1 Sexo del lactante

Observamos que el 57% de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva y Lactancia No Materna en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2017, son de sexo masculino y solo el 43% son de sexo femenino.

Tabla 14

NIÑOS DE 0 A 6 MESES SEGÚN SEXO

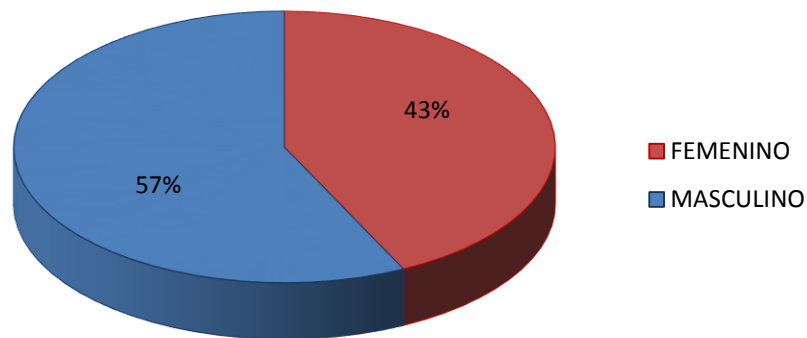
SEXO	N°	%
FEMENINO	56	42.7
MASCULINO	75	57.3
TOTAL	131	100

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA

CLÍNICA HSJL-2017

Gráfico 3

NIÑOS DE 0 A 6 MESES SEGUN SEXO



4.1.2 Tipo de lactancia

Observamos que el 75% de los bebés de 0 a 6 meses en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2017, tienen Lactancia Materna Exclusiva (LME) y solamente el 25% tienen Lactancia no materna (LNM).

Tabla 15

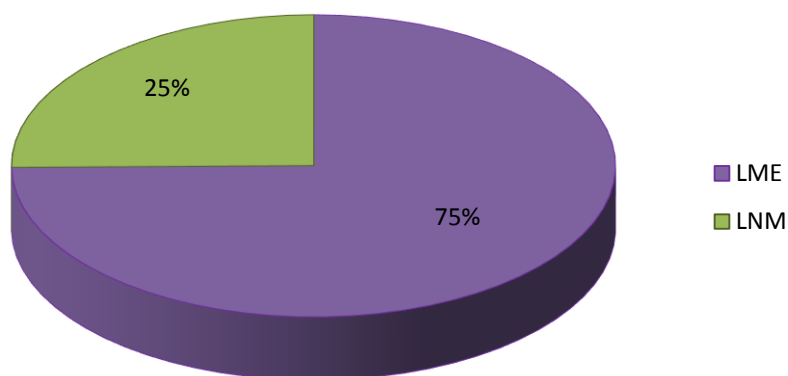
**NIÑOS DE 0 A 6 MESES
SEGÚN TIPO DE LACTANCIA**

TIPO DE LACTANCIA	N°	%
LME	98	74.8
LNM	33	25.2
TOTAL	131	100

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Gráfico 4

TIPO DE LACTANCIA DE LOS NIÑOS DE 0 A 6 MESES



4.1.3 Tipo de lactancia según sexo de los niños de cero a seis meses

Tabla 16

**NIÑOS DE 0 A 6 MESES
SEGÚN TIPO DE LACTANCIA POR SEXO**

TIPO DE LACTANCIA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N	%	N	%	N	%
LME	39	69.6%	59	78.7%	98	74.8%
LNM	17	30.4%	16	21.3%	33	25.2%
TOTAL	56	100.0%	75	100.0%	131	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Se presenta que según el sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2017, en el caso de:

- **NIÑAS:** Se observa que el tipo de lactancia en las niñas es de 70% con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y solo el 30% de las niñas tiene Lactancia no materna(LNM).
- **NIÑOS:** Asimismo el tipo de lactancia en los niños es de 80% con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y solo el 20% de los niños tienen Lactancia no materna (LNM).

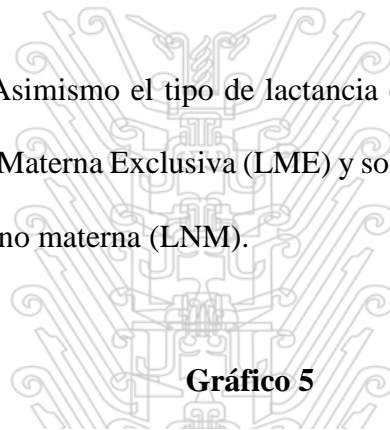
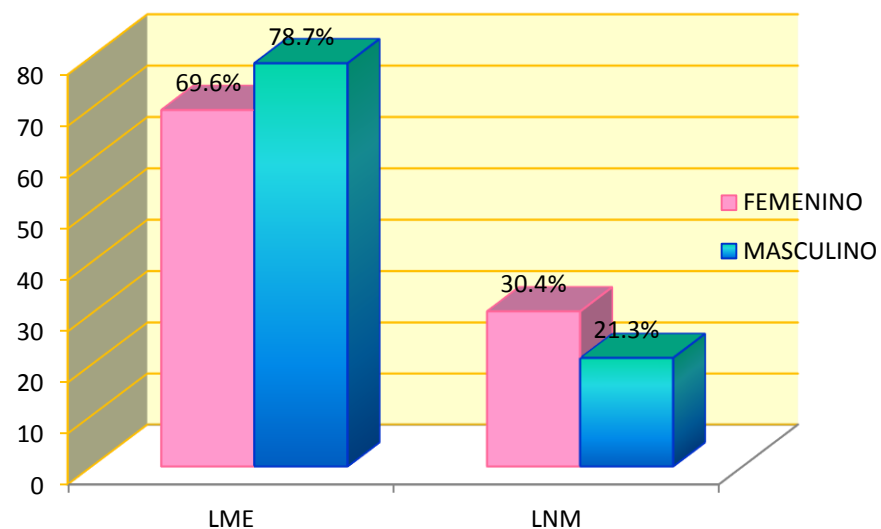


Gráfico 5

**TIPO DE LACTANCIA DE LOS NIÑOS DE 0 A 6 MESES
SEGUN SEXO**



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

4.1.4 Peso para la edad (P/E) según sexo de los niños de cero a seis meses

Tabla 17

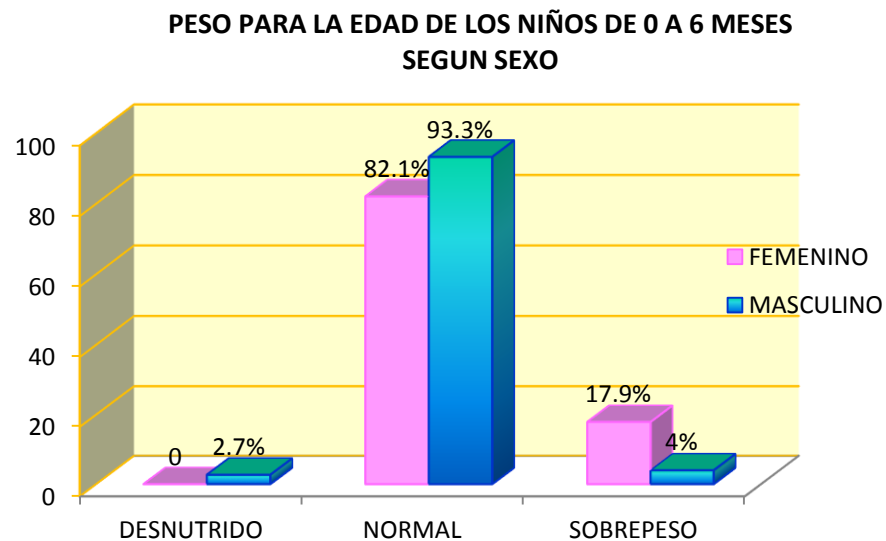
NIÑOS DE 0 A 6 MESES SEGÚN PESO PARA LA EDAD POR SEXO						
PESO/EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N	%	N	%	N	%
DESNUTRIDO	0	0.0%	2	2.7%	2	1.5%
NORMAL	46	82.1%	70	93.3%	116	88.5%
SOBREPESO	10	17.9%	3	4.0%	13	9.9%
TOTAL	56	100.0%	75	100.0%	131	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

De acuerdo al sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2017, en el caso de P/E:

- **NIÑAS:** Se observa que la variable Peso para la Edad (P/E) en las niñas es de 82% con evaluación normal, sin embargo, el 18% de las niñas presenta sobrepeso y ninguna presenta desnutrición. Por lo tanto, el 18% de las niñas tiene inadecuada ganancia de peso.
- **NIÑOS:** La variable Peso para la Edad (P/E) en los niños es de 93% con evaluación normal, el 4% tienen sobrepeso y el 3% de los niños tienen desnutrición. Es decir, el 7% de los niños tiene inadecuada ganancia de peso.

Gráfico 6



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

4.1.5 Talla para la edad (T/E) según sexo de los niños de cero a seis meses

Tabla 18

NIÑOS DE 0 A 6 MESES SEGÚN TALLA PARA LA EDAD POR SEXO						
TALLA/EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N	%	N	%	N	%
TALLA BAJA	1	1.8%	3	4.0%	4	3.1%
NORMAL	55	98.2%	69	92.0%	124	94.7%
TALLA ALTA	0	0.0%	3	4.0%	3	2.3%
TOTAL	56	100.0%	75	100.0%	131	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

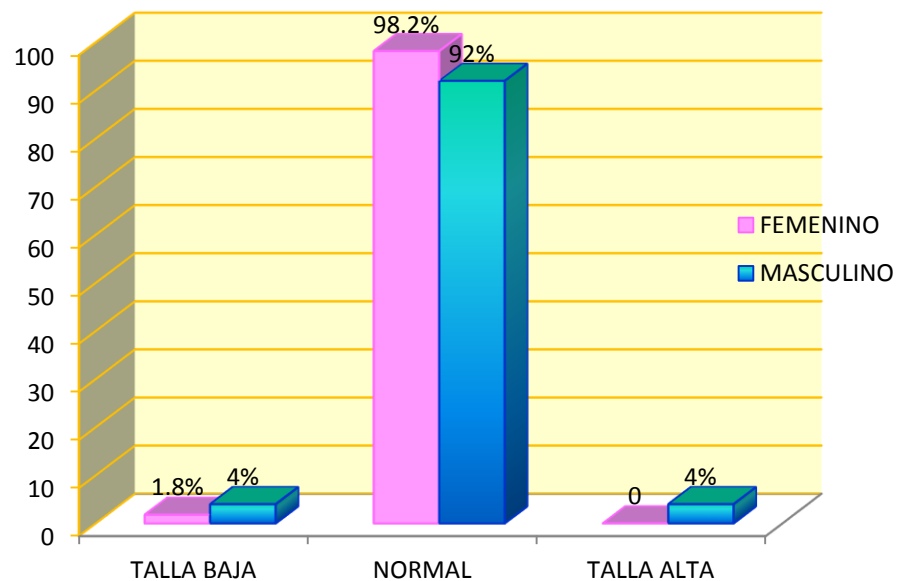
De acuerdo al sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el Hospital San

Juan de Lurigancho – 2017, en el caso de T/E:

- **NIÑAS:** Se observa que el 98% de las niñas muestra la variable Talla para la Edad (T/E) normal, sin embargo, el 2% de las niñas presenta talla baja y ninguna presenta talla alta. Por consiguiente, este 2% de las niñas tiene inadecuada ganancia de talla.
- **NIÑOS:** Se observa que el 92% de los niños muestra la variable Talla para la Edad (T/E) normal, el 4% de los niños presenta talla baja y del mismo modo el 4% de los niños presenta talla alta; Es decir el 8% de los niños tiene inadecuada ganancia de talla.

Gráfico 7

**TALLA PARA LA EDAD DE LOS NIÑOS DE 0 A 6 MESES
SEGUN SEXO**



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

4.1.6 Peso para la talla (P/T) según sexo de los niños de cero a seis meses

Tabla 19

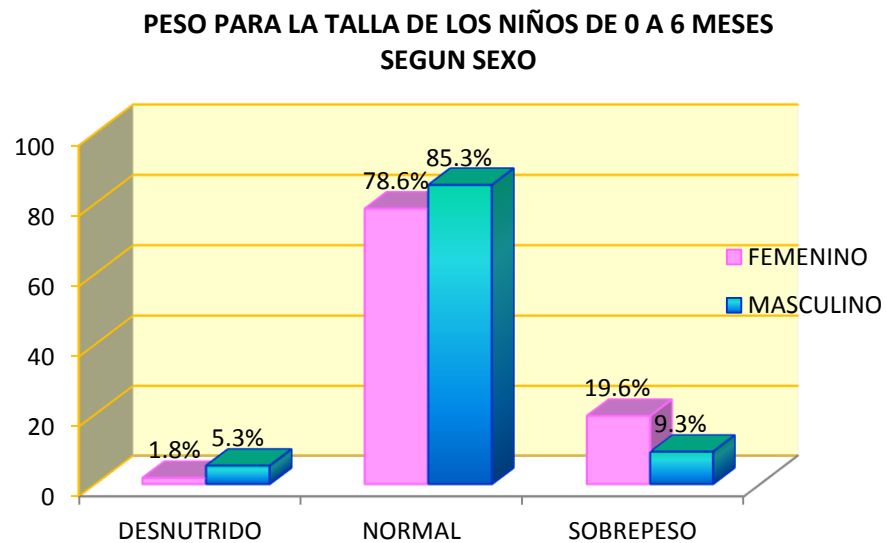
NIÑOS DE 0 A 6 MESES SEGÚN PESO PARA LA TALLA POR SEXO						
PESO/TALLA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N	%	N	%	N	%
DESNUTRIDO	1	1.8%	4	5.3%	5	3.8%
NORMAL	44	78.6%	64	85.3%	108	82.4%
SOBREPESO	11	19.6%	7	9.3%	18	13.7%
TOTAL	56	100.0%	75	100.0%	131	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

De acuerdo al sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2017, en el caso de P/T:

- **NIÑAS:** Se observa que el 79% de las niñas muestra la variable Peso para la Talla (P/T) normal, el 19% de las niñas presenta sobrepeso y el 2% de las niñas presenta desnutrición. Es decir, el 21% de las niñas tiene inadecuada ganancia de peso.
- **NIÑOS:** Se observa que el 85% de los niños muestra la variable Peso para la Talla (P/T) normal, el 9% de los niños presenta sobrepeso y el 6% de los niños presenta desnutrición. De esta manera, el 15% de los niños tiene inadecuada ganancia de peso.

Gráfico 8



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

4.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

4.2.1 Hipótesis General

H_0 : No existe relación entre el Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

H_G : Existe relación entre el Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

A fin de llevar a cabo la contrastación de las hipótesis se llevará a cabo el siguiente procedimiento estadístico:

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL TIPO DE LACTANCIA

Distribución de frecuencias y porcentajes de los bebés de cero a seis meses del Hospital San Juan de Lurigancho-2017, según el Estado Nutricional y el Tipo de Lactancia.

Tabla 20

RELACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL TIPO DE LACTANCIA

ESTADO NUTRICIONAL	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LME		LNM			
	N	%	N	%	N	%
ADECUADO	98	100.0%	5	15.2%	103	78.6%
INADECUADO	0	0.0%	28	84.8%	28	21.4%
TOTAL	98	100.0%	33	100.0%	131	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

$$RR = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

$$RR = \frac{98/98}{5/33} = \frac{1}{0.1515} = 6,600$$

Tabla 21

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte ESTADO NUTRICIONAL = ADECUADO	6,600	2,944	14,798
N de casos válidos	131		

Se observa un :

Intervalo de Confianza 95%

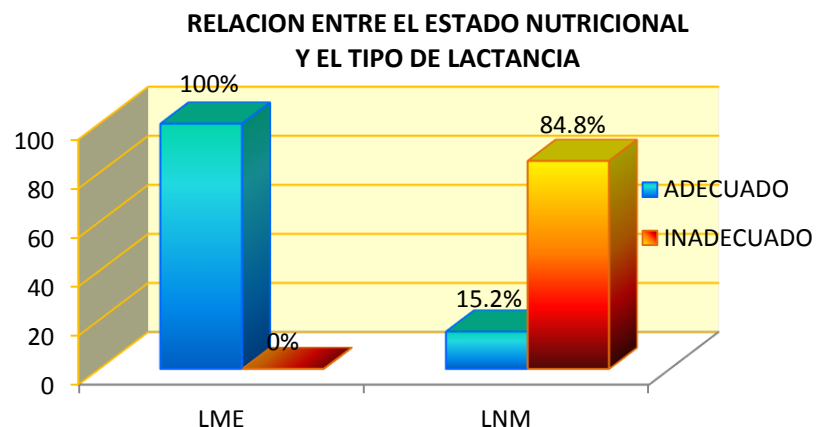
OR [2,944 – 14,798] → [LI , LS]

Entonces Rechazo H_0

Según el intervalo que le corresponde no contiene la unidad por consiguiente el OR se rechaza.

Los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tienen una razón de probabilidad de 6,6 veces más que los bebés con Lactancia no materna (LNM) de desarrollar un adecuado Nivel Nutricional.

Gráfico 9



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL TIPO DE LACTANCIA SEGÚN SEXO

Distribución de frecuencias y porcentajes de los bebés de cero a seis meses del Hospital San Juan de Lurigancho-2017, según el Estado Nutricional y el Tipo de Lactancia según sexo del lactante.

Tabla 22

RELACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL TIPO DE LACTANCIA SEGUN SEXO						
<u>SEXO</u> FEMEMINO	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LME		LNM			
	ESTADO NUTRICIONAL	N	%	N	%	N
ADECUADO	39	100.0%	2	11.8%	41	73.2%
INADECUADO	0	0.0%	15	88.2%	15	26.8%
TOTAL	39	100.0%	17	100.0%	56	100.0%
<u>SEXO</u> MASCULINO	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LME		LME			
	ESTADO NUTRICIONAL	N	%	N	%	N
ADECUADO	59	100.0%	3	18.8%	62	82.7%
INADECUADO	0	0.0%	13	81.2%	13	17.3%
TOTAL	59	100.0%	16	100.0%	75	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2017

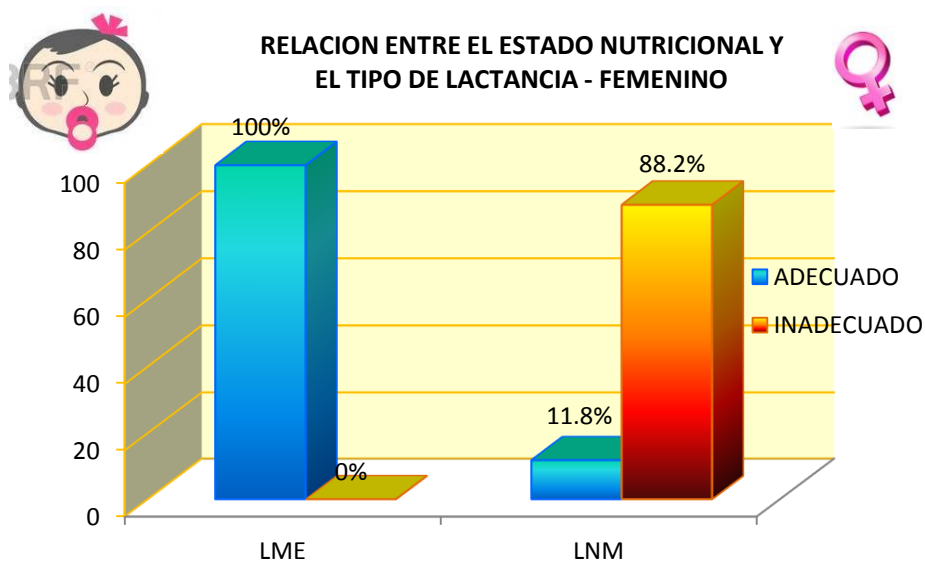
Tabla 23

Estimación de riesgo

SEXO	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
FEMENINO	Para cohorte ESTADO NUTRICIONAL = ADECUADO N de casos válidos	8,500 56	2,312 31,246
MASCULINO	Para cohorte ESTADO NUTRICIONAL = ADECUADO N de casos válidos	5,333 75	1,923 14,790
Total	Para cohorte ESTADO NUTRICIONAL = ADECUADO N de casos válidos	6,600 131	2,944 14,798

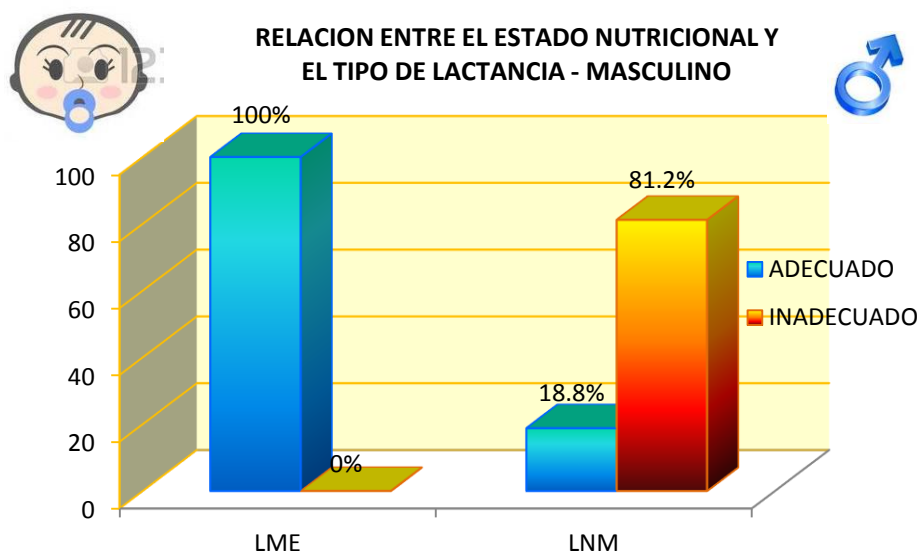
- **NIÑAS:** Los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tienen una razón de probabilidad de 8,500 veces más que los bebés con Lactancia no materna (LNM) de desarrollar un adecuado Nivel Nutricional.
- **NIÑOS:** Los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tienen una razón de probabilidad de 5,333 veces más que los bebés con Lactancia no materna (LNM) de desarrollar un adecuado Nivel Nutricional.

Gráfico 10



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Gráfico 11



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Luego de los resultados observados se llega a la siguiente;

Decisión :

Por lo tanto se acepta H_0 ; es decir existe relación entre el Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

4.2.1 Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1:

H_0 : No existe relación entre el Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

H_1 : Existe relación entre el Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

A fin de llevar a cabo la contrastación de las hipótesis se llevará a cabo el siguiente procedimiento estadístico:

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE EL PESO PARA LA EDAD P/E Y EL TIPO DE LACTANCIA

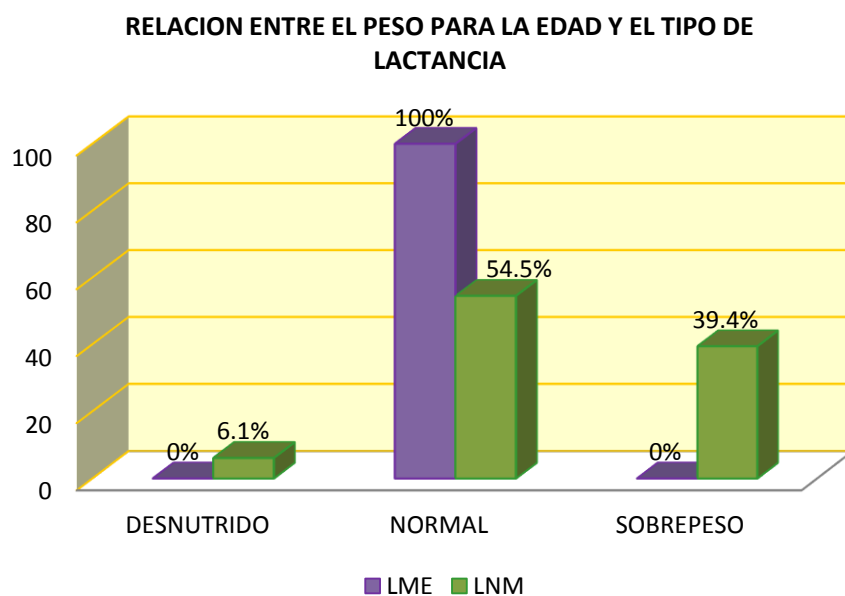
Distribución de frecuencias y porcentajes de los bebés de cero a seis meses del Hospital San Juan de Lurigancho-2017, según el Peso para la Edad P/E y el Tipo de Lactancia.

Tabla 24

RELACION ENTRE EL PESO PARA LA EDAD P/E Y EL TIPO DE LACTANCIA						
PESO/EDAD	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LME		LNM			
	N	%	N	%	N	%
DESNUTRIDO	0	0.0%	2	6.1%	2	1.5%
NORMAL	98	100.0%	18	54.5%	116	88.5%
SOBREPESO	0	0.0%	13	39.4%	13	9.9%
TOTAL	98	100.0%	33	100.0%	131	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Gráfico12



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
FEMENINO	Chi-cuadrado de Pearson	27,928 ^b	1	,000		
	Corrección de continuidad ^c	24,062	1	,000		
	Razón de verosimilitud	29,518	1	,000		
	Prueba exacta de Fisher				,000	,000
	N de casos válidos	56				
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	19,754 ^d	2	,000		
	Razón de verosimilitud	16,865	2	,000		
	N de casos válidos	75				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	50,306 ^a	2	,000		
	Razón de verosimilitud	47,753	2	,000		
	N de casos válidos	131				

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

b. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,04.

c. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

d. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,43.

$$\chi^2 = 50,306 \quad p = 0,000$$

Se observa que según la variable Peso para la Edad (P/E) el 100% de los

bebes de 0 a 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tiene P/E

Asimismo, el 55% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia no materna (LNM) tiene P/E normal, el 39% presenta sobrepeso y el 6% es desnutrido; es decir el 45% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia No Materna (LNM) tiene estado nutricional inadecuado.

- **NIÑAS**

$$\chi^2 = 27,928 \quad p = 0,000$$

- **NIÑOS**

$$\chi^2 = 19,754 \quad p = 0,000$$

Los resultados del análisis estadístico, nos muestra que Si existe relación entre las variables: Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses y el tipo de lactancia. El Chi-cuadrado de Pearson $\chi^2 = 50,306$ nos indica que la relación entre las variables es positiva y tiene una relación considerable. La significancia de $p = 0,000$ (tabla N°5 y tabla N° 6), muestra que p es menor a 0,05 lo que permite señalar que la relación es significativa; por lo tanto, se rechaza la Hipótesis nula (H_0) y se acepta la Hipótesis alternativa (H_1). Se concluye que: Existe relación entre el Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

Luego de los resultados observados se llega a siguiente;

Decisión:

Por lo tanto se acepta la hipótesis específica 1; es decir existe relación entre la Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

Hipótesis específica 2:

H_0 : No existe relación entre la Talla para la Edad (T/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

H_2 :Existe relación entre la Talla para la Edad (T/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

A fin de llevar a cabo la contrastación de las hipótesis se llevará a cabo el siguiente procedimiento estadístico:

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE LA TALLA PARA LA EDAD T/E Y EL TIPO DE LACTANCIA

Distribución de frecuencias y porcentajes de los bebés de cero a seis meses del Hospital San Juan de Lurigancho-2017, según la Talla para la Edad T/E y el Tipo de Lactancia.

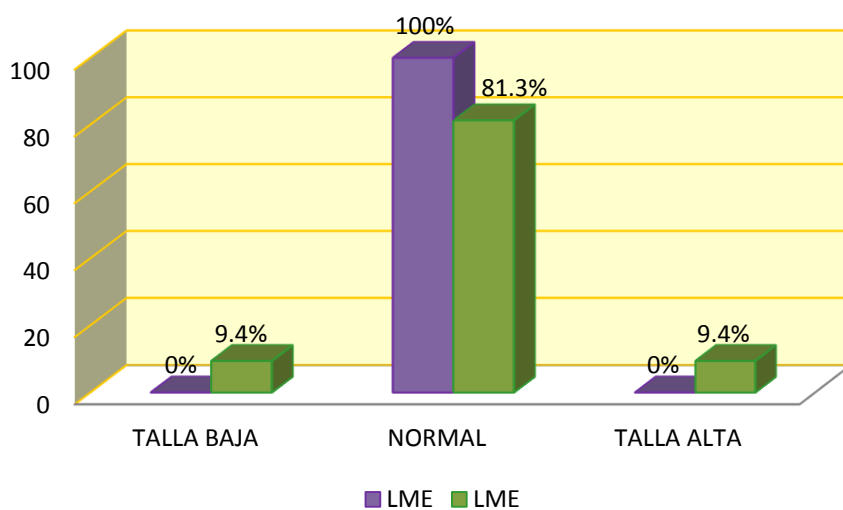
Tabla26

RELACION ENTRE LA TALLA PARA LA EDAD T/E Y EL TIPO DE LACTANCIA						
TALLA/EDAD	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LME		LNM			
	N	%	N	%	N	%
TALLA BAJA	0	0.0%	3	9.4%	3	2.3%
NORMAL	98	100.0%	26	81.3%	124	95.4%
TALLA ALTA	0	0.0%	3	9.4%	3	2.3%
TOTAL	98	100.0%	32	100.0%	130	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Gráfico13

RELACION ENTRE EL TALLA PARA LA EDAD Y EL TIPO DE LACTANCIA



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Tabla 27

Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
FEMENINO	Chi-cuadrado de Pearson	2,336 ^b	1	,126		
	Corrección de continuidad ^c	,186	1	,666		
	Razón de verosimilitud	2,426	1	,119		
	Prueba exacta de Fisher				,304	,304
	N de casos válidos	56				
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	24,049 ^d	3	,000		
	Razón de verosimilitud	20,645	3	,000		
	N de casos válidos	75				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	21,961 ^a	3	,000		
	Razón de verosimilitud	20,523	3	,000		
	N de casos válidos	131				

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,25.

b. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,30.

c. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

d. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

$$\chi^2 = 21,961$$

$$p = 0,000$$

Se observa que según la Talla para la Edad (T/E) el 100% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tiene T/E normal.

Por otro lado, el 79% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia no materna (LNM) tiene T/E normal, El 12% muestra talla baja y el 9% presenta talla alta; esto nos indica que el 21% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia no materna (LNM) tiene crecimiento inadecuado.

- **NIÑAS**
 $\chi^2 = 2,336$ $p = 0,126$
- **NIÑOS**
 $\chi^2 = 24,049$ $p = 0,000$

Los resultados del análisis estadístico, nos muestra que Si existe relación entre las variables: Talla para la Edad (T/E) de los bebés de cero a seis meses y el tipo de lactancia. El Chi-cuadrado de Pearson $\chi^2 = 21,961$ nos indica que la relación entre las variables es positiva y tiene una relación considerable. La significancia de $p = 0,000$ (tabla N°7 y tabla N°8), muestra que p es menor a 0,05 lo que permite señalar que la relación es significativa; por lo tanto, se rechaza la Hipótesis nula (H_0) y se acepta la Hipótesis alternativa (H_2). Se concluye que: Existe relación entre la Talla para la Edad (T/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho. Pero en el caso de las niñas, los resultados del análisis estadístico, nos indica que No se encontró relación entre la Talla para la

Edad T/E de los bebés de cero a seis meses y el tipo de lactancia, $p = 0,126$

Luego de los resultados obtenidos, se toma la siguiente;

Decisión:

Por lo tanto se acepta la hipótesis nula, es decir: No existe relación entre la Talla para la Edad (T/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Hipótesis específica 3:

H_0 : No existe relación entre el Peso para la Talla (P/T) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

H_3 : Existe relación entre el Peso para la Talla (P/T) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

A fin de llevar a cabo la contrastación de las hipótesis se llevará a cabo el siguiente procedimiento estadístico:

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE EL PESO PARA LA TALLA P/T Y EL TIPO DE LACTANCIA

Distribución de frecuencias y porcentajes de los bebés de cero a seis meses del Hospital San Juan de Lurigancho-2017, según el Peso para la Talla P/T y el Tipo de Lactancia.

Tabla 28

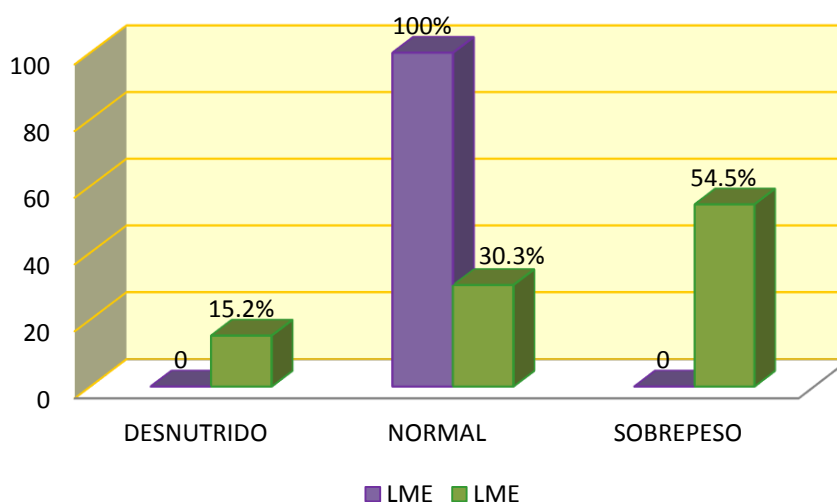
RELACION ENTRE EL PESO PARA LA TALLA P/T Y EL TIPO DE LACTANCIA

PESO/TALLA	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LME		LNM			
	N	%	N	%	N	%
DESNUTRIDO	0	0.0%	5	15.2%	5	3.8%
NORMAL	98	100.0%	10	30.3%	108	82.4%
SOBREPESO	0	0.0%	18	54.5%	18	13.7%
TOTAL	98	100.0%	33	100.0%	131	100.0%

FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Gráfico14

RELACION ENTRE EL PESO PARA LA TALLA Y EL TIPO DE LACTANCIA



FUENTE: SISTEMA HIS 3.05 / HISTORIA CLINICA HSJL-2,017

Tabla 29

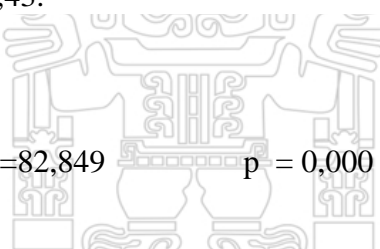
Pruebas de chi-cuadrado

SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
FEMENINO	Chi-cuadrado de Pearson	35,037 ^b	3	,000
	Razón de verosimilitud	37,596	3	,000
	N de casos válidos	56		
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	47,534 ^c	3	,000
	Razón de verosimilitud	42,658	3	,000
	N de casos válidos	75		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	82,849 ^a	4	,000
	Razón de verosimilitud	81,244	4	,000
	N de casos válidos	131		

a. 7 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

b. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,30.

c. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,43.



$$\chi^2 = 82,849 \quad p = 0,000$$

Se observa que según la variable Peso para la Talla (P/T) el 100% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tiene P/T normal.

Asimismo, el 30% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia no materna (LNM) tiene P/T normal, el 55% presenta sobrepeso y el 15% muestra desnutrición; es decir el 70% de los bebés de 0 a 6 meses con Lactancia no materna (LNM) tiene estado nutricional inadecuado.

- **NIÑAS**

$$\chi^2 = 35,037 \quad p = 0,000$$

- **NIÑOS**

$$\chi^2 = 47,534 \quad p = 0,000$$

Los resultados del análisis estadístico, nos muestra que Si existe relación entre las variables: Peso para la Talla (P/T) de los bebés de cero a seis meses y el tipo de lactancia. El Chi-cuadrado de Pearson $\chi^2 = 82,849$ nos indica que la relación entre las variables es positiva y tiene una relación considerable. La significancia de $p = 0,000$ (tabla N° 9 y tabla N° 10), muestra que p es menor a 0,05 lo que permite señalar que la relación es significativa; por lo tanto, se rechaza la Hipótesis nula (H_0) y se acepta la Hipótesis alternativa (H_3).

Luego de los resultados observados se llega a siguiente;

Decisión:

Por lo tanto se acepta la hipótesis específica 3; es decir existe relación entre la Peso para la Talla (P/T) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el

Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

A continuación presentamos:

Resultados descriptivos de la muestra:

- El 57% de los lactantes de 0 a 6 meses son de sexo masculino y solo el 43% son de sexo femenino.
- El 75% de los lactantes de 0 a 6 meses tienen Lactancia Materna Exclusiva (LME), solamente el 25% tienen Lactancia no materna (LNM).
- Se presenta que según el sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el caso de:
 - **Niñas:** Se observa que el tipo de lactancia en las niñas es de 70% con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y solo el 30% de las niñas tiene Lactancia no materna (LNM).
 - **Niños:** Asimismo el tipo de lactancia en los niños es de 80% con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y solo el 20% de los niños tienen Lactancia no materna (LNM).

- De acuerdo al sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el caso de P/E:
 - **Niñas:** Se observa que la variable Peso para la Edad (P/E) en las niñas es de 82% con evaluación normal, sin embargo, el 18% de las niñas presenta sobrepeso y ninguna presenta desnutrición. Por lo tanto, el 18% de las niñas tiene inadecuada ganancia de peso.
 - **Niños:** La variable Peso para la Edad (P/E) en los niños es de 93% con evaluación normal, el 4% tienen sobrepeso y el 3% de los niños tienen desnutrición. Es decir, el 7% de los niños tiene inadecuada ganancia de peso.
- De acuerdo al sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el caso de T/E:
 - **Niñas:** Se observa que el 98% de las niñas muestra la variable Talla para la Edad (T/E) normal, sin embargo, el 2% de las niñas presenta talla baja y ninguna presenta talla alta. Por consiguiente, este 2% de las niñas tiene inadecuada ganancia de talla.
 - **Niños:** Se observa que el 92% de los niños muestra la variable Talla para la Edad (T/E) normal, el 4% de los niños presenta talla baja y del mismo modo el 4% de los niños presenta talla alta; Es decir el 8% de los niños tiene inadecuada ganancia de talla.
- De acuerdo al sexo de los lactantes de 0 a 6 meses en el caso de P/T:
 - **Niñas:** Se observa que el 79% de las niñas muestra la variable Peso para la Talla (P/T) normal, el 19% de las niñas presenta sobrepeso y el 2% de

las niñas presenta desnutrición. Es decir, el 21% de las niñas tiene inadecuada ganancia de peso.

- **Niños:** Se observa que el 85% de los niños muestra la variable Peso para la Talla (P/T) normal, el 9% de los niños presenta sobrepeso y el 6% de los niños presenta desnutrición. De esta manera, el 15% de los niños tiene inadecuada ganancia de peso.

Resultados en relación a la prueba de hipótesis:

Hipótesis general: Existe relación entre el Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017, quedó demostrada. Los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tienen una razón de probabilidad de 6,6 veces más que los bebés con Lactancia no materna (LNM) de desarrollar un adecuado Nivel Nutricional.

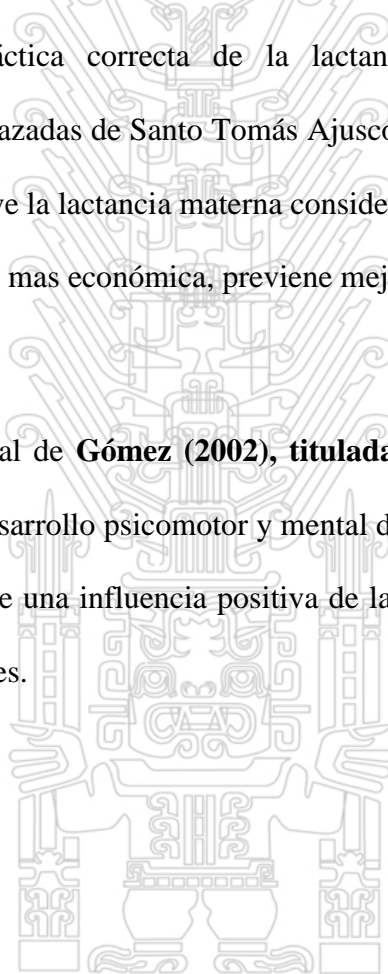
Hipótesis específica 1: Existe relación entre la Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017, quedó demostrada. Los resultados del análisis estadístico, nos muestra que Si existe relación entre las variables: Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses y el tipo de lactancia. El Chi-cuadrado de Pearson $\chi^2 = 50,306$ nos indica que la relación entre las variables es positiva y tiene una relación considerable. La significancia de $p = 0,000$ (tabla N°5 y tabla N°6), muestra que p es menor a 0,05 lo que permite señalar que la relación es

De acuerdo con los antecedentes revisados tenemos:

En la investigación de **Aguayo, et al. (2005)**, coincidimos que falta una información adecuada a las madres de la importancia de la lactancia materna.

En la Tesis de **Álvarez (2013)**, titulada: Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco, observamos que el Estado de Mexico promueve la lactancia materna considerando costo- efectividad. Lo que significa que es mas económica, previene mejor las enfermedades.

En la Tesis Doctoral de **Gómez (2002)**, titulada. Influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño. Nuestros resultados coinciden que existe una influencia positiva de la lactancia materna en niños menores de 24 meses.



5.2 CONCLUSIONES

PRIMERA Los resultados señalan que existe relación entre el Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017, quedó demostrada.

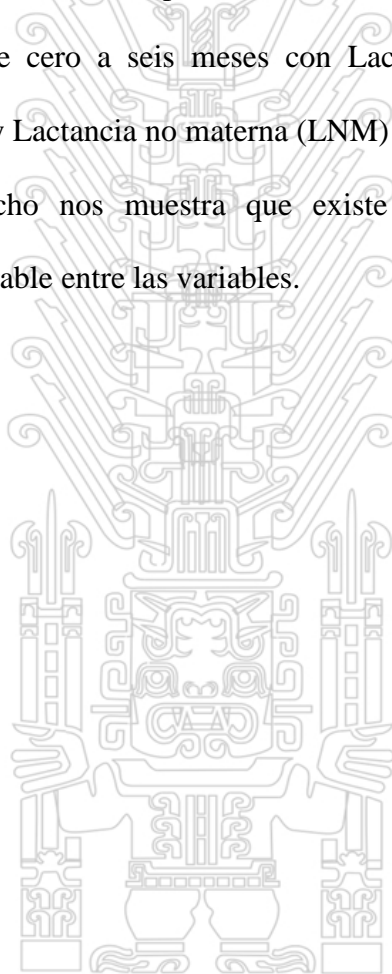
Los bebés de cero a seis meses con LME tienen una razón de probabilidad de 6 veces más que los bebés con LNM de desarrollar un adecuado Nivel Nutricional.

SEGUNDA Los resultados del análisis estadístico, nos muestra que existe relación entre las variables: Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses y el tipo de lactancia. Se observó que la relación entre las variables es positiva y tiene una relación considerable.

TERCERA Se pudo observar que existe relación entre la Talla para La Edad (T/E) y el tipo de lactancia de los bebés de cero a seis meses con

Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho. Asimismo se encontró una relación positiva y significativa entre las variables.

CUARTA Con respecto al Peso para la Talla (P/T) y el tipo de lactancia de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho nos muestra que existe una relación positiva y considerable entre las variables.

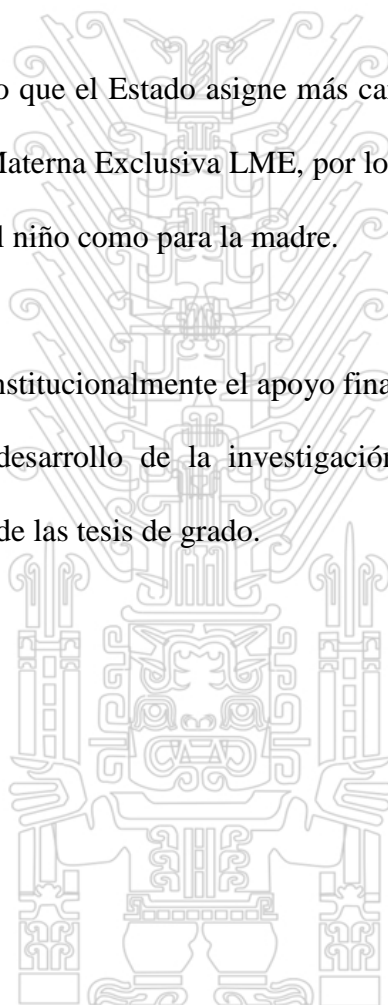


5.3 RECOMENDACIONES

PRIMERA Se debe evaluar permanentemente el Estado Nutricional de los niños ya que la velocidad de crecimiento es alta durante el primer año de vida, especialmente durante los primeros seis meses de edad.

SEGUNDA Es necesario que el Estado asigne más campañas y se enfoque en la Lactancia Materna Exclusiva LME, por los beneficios que se obtiene tanto para el niño como para la madre.

TERCERA Promover institucionalmente el apoyo financiero y bibliográfico para un mayor desarrollo de la investigación, y de este modo de la realización de las tesis de grado.



VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BLACK R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008: 5-22.

CALVO, Elvira, et. al. (2009). Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Argentina.

ENDES Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2010). Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Lima Perú.

ENDES Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2014). Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Lima Perú.

GALGANI F., Eduardo. (2004) Evaluación de la situación de ácidos grasos esenciales y derivados de cadena larga en la dieta de lactantes menores de un año en Chile. Rev. Chil. Nutr., vol.31, suppl.1, p.154-160. ISSN 0717-7518

GIGENA A. (2002). Evaluación del nivel de conocimientos de lactancia materna del personal del CeSACN° 15 Hosp. Gral. De Agudos Dr. Cosme Argerich. Residencia de Nutrición, Argentina.

ILABACA M., Juan y Atalah S., Eduardo (2002) Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Rev. chil. pediatr., vol.73, no.2, p.127-134. ISSN 0370-4106

ILABACA M., Juan y ATALAH S., Eduardo. (2002) Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. Rev. chil. pediatr., vol.73, no.6, p.583-589. ISSN 0370-4106.

INEI (2012) Manual de la Antropometrista. Lima – Perú.

INEI. (2009) Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de Cinco Años a Nivel Provincial y Distrital, 2007, pág.7. Lima – Perú.

JIMÉNEZ,R. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y los aspectos relacionados, cuales son las causas por las cuales abandonan la LME sustituyéndole por otro tipo de alimento, 2004.

LARRY, G. Lactancia materna LM alivia las molestias de un bebe ante determinados sufrimientos, 2004.

LUTTER CK, Chaparro CM. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2008.

MINSA Ministerio de salud (2015) Estrategia Sanitaria Nacional de alimentación y nutrición saludable. Lima. Perú.

MINSA Ministerio de salud (2015) Etapa de vida niño. Lima. Perú.

OPS Organización Panamericana de la Salud (2013) Referencia OMS para la evaluación antropométrica. Niñas y niños menores de 6 años. Ministerio de salud. Chile.

OPS, 2004. http://www.paho.org/default_spa.htm

UBILLUS, Gloria, et. Al. (2011). Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia. Revista Horizonte Médico.

VICTORIA C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child

undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet, Series

Maternal and Child Undernutrition; 2008: 23-40.

ANEXO 1 :MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: COMPARACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE BEBÉS DE 0 a 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LACTANCIA NO MATERNA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2017

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE E INDICADOR	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL ¿Existen diferencias significativas en el estado nutricional de bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2017?	OBJETIVO GENERAL Comparar el estado nutricional de bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.	HIPOTESIS GENERAL Existe relación entre el Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y Lactancia no materna (LNM) atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.	Variable (X): Estado Nutricional de los bebés de cero a seis meses. -Peso para la Edad -Talla para la Edad	TIPO DE INVESTIGACION: - Básica - Explicativa DISEÑO Diseño Descriptivo Correlacional

PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS	-Peso para la Talla	POBLACIÓN
<p>1. ¿Existen diferencias significativas en el peso para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017?.</p>	<p>1. Comparar el peso para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.</p>	<p>1. Existe relación entre el Peso para la Edad (P/E) de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.</p>	<p>Variable (Y):</p> <p>-Lactancia Materna Exclusiva</p>	<p>El 30% de los lactantes tiene 2 meses, el 25% tiene 1 mes, el 15% tiene 3 meses, el 13% tiene 6 meses, el 9% tiene 5 meses y finalmente el 8% tiene 4 meses de edad.</p>
<p>2. ¿Existen diferencias significativas en la talla para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no</p>	<p>2. Comparar la talla para la edad de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de</p>	<p>2. Existe relación entre la Talla para la Edad (T/E) de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.</p>	<p>-Lactancia No Materna</p>	

<p>materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017?</p> <p>3. ¿Existen diferencias significativas en el peso para la talla de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017 ?</p>	<p>Lurigancho en el año 2017.</p> <p>3. Comparar el peso para la talla de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva y lactancia no materna, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.</p>	<p>3. Existe relación entre el Peso para la Talla (P/T) de los bebés de cero a seis meses con lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia no materna (LNM) en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.</p>		
---	--	--	--	--